

埼玉介護アカデミー介護福祉士実務者研修（通信課程）

# 受講申込書

申込日	令和_____年_____月_____日
コース	令和_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 日曜コース
支払い方法	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割払い（2回） <input type="checkbox"/> 分割払い（3回）

フリガナ		性別
氏名	_____	男・女
生年月日	昭和・平成 _____年_____月_____日	年齢
		歳

住所	〒 _____		
連絡先	TEL FAX	_____	携帯 _____
メールアドレス	_____@_____		
保有資格	<input type="checkbox"/> 資格なし <input type="checkbox"/> ヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <small>上記資格を保有している方は本申込書に資格証のコピーを添付願います。</small>		
現在の職業	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
国家試験受験 予定の有・無	<input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験受験予定 <input type="checkbox"/> 予定無し		

\*必ず全てご記入ください。\*

**FAX 0480-48-6952（24時間受付）**