



FAX : 03-5963-8132

## 実務者研修受講申込書

|   |                          |               |   |
|---|--------------------------|---------------|---|
| フリガナ  |                          | 性別            | 生年月日  |
| (甲)氏名   | 印                        | 男・女           | 昭和・平成 年 月 日生  |
| 勤務先名  |                          | 勤務先<br>電話番号   | ( )   |
| 自宅住所  | 〒 -                      |               |   |
| TEL   | ( )                      | FAX           | ( )   |
| 令和 年 ( ) 月生 ( ) 曜コースの実務者研修を申込みます                          |                          |               |   |
| □には該当する項目に☑を入れてください                                       |                          |               |   |
| 取得資格名   | <input type="checkbox"/> | 無資格・ヘルパー3級修了者 |   |
|   | <input type="checkbox"/> | ヘルパー2級修了者     |   |
|   | <input type="checkbox"/> | 介護職員初任者研修修了者  |   |
|   | <input type="checkbox"/> | ヘルパー1級修了者     |   |
|   | <input type="checkbox"/> | 介護職員基礎研修修了者   |   |
| 教育訓練給付金   | <input type="checkbox"/> | 申請したい         | ・ <input type="checkbox"/> 未定                                     |
| e-mailアドレス  | @                        |               |   |
| お支払い方法  | <input type="checkbox"/> | 一括            | ・ <input type="checkbox"/> 2分割 ・ <input type="checkbox"/> 3分割     |
| 介護福祉士受験   | <input type="checkbox"/> | 来年受験する予定      | ・ <input type="checkbox"/> 受験は未定 ・ <input type="checkbox"/> 受験しない |
| ※ お持ちの資格修了証のコピーを添付してください(無資格者は不要)                         |                          |               |   |
| 【銀行振込先】東京シティ信用金庫 志村支店 普通 0281286<br>株式会社くるみ福祉会 代表取締役 佐藤 司 |                          |               |   |