**ＦＡＸ：０３-５９６３-８１３２**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 勤務先電話番号 | 　　　（　　　　） |
| 自宅住所 | 〒　　　－ |
| ＴＥＬ | （　　　　　） | ＦＡＸ | （　　　） |
|  | **令和2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 | □ | 無資格・ヘルパー３級修了者 |
| □ | ヘルパー２級修了者 |
| □ | 介護職員初任者研修修了者 |
| □ | ヘルパー１級修了者 |
| □ | 介護職員基礎研修修了者 |
| □教育訓練給付金を申請したい　　□未定　・　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| □ペア割引（　　　　　　　　様）　・　□紹介者（　　　　　　　　　　　　様） |
| お支払い方法☑ | * お振り込み（一括・２分割）・□Jaccs（　　　　＠　　　　　　　　）
 |

実務者研修受講申込書

|  |
| --- |
| * 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株式会社くるみ福祉会　代表取締役　　佐藤　司 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※Jaccsは審査があります

**くるみ福祉カレッジ**