埼玉医療福祉会介護福祉士実務者研修（通信課程）受講申込書

※太枠内の必要事項を記入してください。　　西暦　　年　　月　　日

ふりがな		性　別	男 ・ 女	年　齢
氏　名		西暦　　年　　月　　日		満　　歳
住　所	〒			
連　絡　先	Tel	ー　　ー		
	携　帯	ー　　ー		
	e-mail	@		
		※　eラーニングの登録に必要なため、必ず記入してください。		
保有資格	□介護職員初任者研修　□生活援助従事者研修　□訪問介護員研修　1級 ・ 2級 ・ 3級 □介護に関する入門的研修　□介護職員基礎研修　□その他研修（　　）			
勤　務　先				
介護職としての実務経験年数	年　　ヶ月　　□なし			
本人確認書類（写）	□運転免許証　□健康保険証　□マイナンバーカード　□住民票 □パスポート　□その他（　　）			

※1　保有資格によって受講時間と受講料等が異なります。資格をお持ちの方は必ず資格証書の写しを添付してください。

※2　本人確認書類はA4サイズでコピーして添付してください。

※3　確認のため、受付後に記載されているe-mailアドレスにメールをお送りします。

※4　テキストは本申込書に記載されている住所にお送りします。当法人の受講者はオリエンテーション時にお渡しします。

※5　お預かりした個人情報は介護福祉士実務者研修以外の目的には一切使用しません。

お問い合わせ・申し込み先
〒350-0495　埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38番地
社会福祉法人埼玉医療福祉会　法人事務局　実務者研修担当者
Tel　０４９-２７６-２０８７　　FAX　０４９-２９５-６３２１

※受付№

※受 付 印