

介護資格取得のご案内

介護福祉士養成実務者研修

受講コース

- ① CAS コース：直近の受験「国家資格介護福祉士」を目指す方にお勧めです。
- ② CAL コース：実務者研修の修了のみを目的としている方にお勧めです。

* 申込みから受講まで

- ① 「実務者研修受講申込書」等をFAX又は送付お願いいたします。

・受講申込書 ・介護資格の修了証書 ・本人確認書類 ・科目免除申請書

(FAX番号 **050-3730-9302**)【コンビニFAXからは、0598-30-5197】

(送付住所：〒515-0003 三重県松阪市朝日町一區 14-11 キャリア・アカデミー)



- ② 受講料の振込 をお願いします。

下記、口座にお振込み頂きますようお願いいたします。

銀行名 三十三銀行
支店名 津 支店
口座 普通預金口座 2801031
口座名 メイクカンパニー合同会社

*振込手数料は、ご負担頂きますようお願いいたします。

*お支払い方法について
現金支払 クレジット支払
ご希望の方は、ご連絡
下さい。

TEL：0598-30-6828



受講料入金確認後

- ② 受講のご案内とテキスト等を、開講日までに発送させていただきます。

CAS を希望の方は、キャリアコンサルティングとハローワークでの手続きが必要となります。

ご不明な点がございましたらご連絡下さい。

キャリア・アカデミー 担当 ゆうほ 有保

☎ : 0598-30-6828 まで

介護福祉士実務者研修受講申込書

FAX又は郵送

私は、下記の個人情報使用目的に同意し、受講確認書類を添付また学則を厳守のうえ次の講座受講を申し込みます。
取得済み介護資格証の写しの提出により、該当科目の免除申請を行います。

申込記入日 年 月 日 メイクカンパニー合同会社 御中

申込み講座	令和 年 月 開講講座	希望コース名 No.	希望タイプ
			CAL () CAS ()
		受験対策講座追加申込⇒	() CASの方は、セット済です。

*太線枠内の必要事項をもれなく記入ください。

ふりがな			性別	男性 ・ 女性
署名	姓	名		
電話番号	() - ()	携帯番号	() - ()	
FAX番号	() - ()			
メールアドレス	@			
住所	〒 -			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	
受講料振込予定日	令和 年 月 日 (支払者: 個人 ・ 会社)			
訓練給付制度	CAS 予定あり () HW手続完了予定日[月 日] 予定なし ()			
	CAL 予定あり () 予定なし () 母子給付予定 ()			
実務者研修貸付	予定している () *生活福祉資金センター			
受講料の分割	希望する () 2回まで			
取得資格	() 基礎研修 () ヘルパー1級 () ヘルパー2級			
	() 介護職員初任者研修 () ヘルパー3級			
	() 介護資格を未取得の方 () その他 ()			
職業	1.介護従事者 (経営者) 2.介護従事者 (従業員) 3.その他 () *該当するものに○を付けて下さい。			
保護者名 ☆1				18歳未満の方は必ず保護者の捺印をお願いします。 (印)

受講確認資料	
① 介護員資格修了証書の写し (介護資格 無の方は不要)	
② 本人確認書類 (氏名が変わっている場合は、免許証裏面記載の写し又は抄本等の原本も合わせてご提出ください。)	
③ 分割申請書 (該当者のみ)	

勤務先事業所名	案内資料送付先事業所を希望 ()
事業所住所	〒
事業所電話番号	

通信欄	申請No.
-----	-------

【個人情報使用目的】

個人情報の取り扱いについて

- ① 弊社からの教育講座のご案内
- ② 弊社からの左記以外の講座及び情報等のご案内
- ③ 弊社からの就職に関するご案内
- ④ お客様との連絡及び満足度等の調査

*その他、都道府県に提出する場合があります。また、弊社監督のもと、業務の一部を委託する場合があります。

(個人情報問い合わせ窓口) ・ Tel 0598-30-6828

・メイクカンパニー合同会社 キャリア・アカデミー

・受付時間: 営業日の10時~17時

受講申込書の記入方法とご注意

☆1 18歳未満の方は、必ず保護者の署名と捺印を頂いてください。

*郵送の場合は、下記住所へ
〒515-0003 三重県松阪市朝日町一区14-11
キャリア・アカデミー 宛

送信FAX番号 050-3730-9302

コンビニFAX送信の場合 0598-30-5197

	CS			
2021	in			