

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	平成 年 月	開講講座	平日コース 日曜コース () ()	CAF ()	CAL ()
-------	--------------------------	------	--	---------------------	---------------------

*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	平成 年 月 日			
訓練給付制度	予定している () 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 () CAL: 2回まで CAF: 3回まで			
取得資格	<input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 介護資格を未取得の方 <input type="checkbox"/> 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				(印)
☆1	18歳未満の方は必ず保護者の捺印をお願いします。			

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 (氏名が変わられている場合は、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

(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

*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。

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
三重県松阪市大津町1530
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

hp	cs			
2810	in			

本人確認書類添付欄

FAX 又は 郵送書類

ご本人様を確認できる書類として、以下の内1点のコピーを貼り付けてください。
*ライセンス発行時の確認作業の為に使用

旅券（パスポート）
運転免許証
写真付き住民基本台帳カード
外国人登録証明書

貼り付け面

*申込書と他の証明書・書類の氏名が異なっている場合は、戸籍抄本原本が必要です。