

①太線枠内の必要事項を記入→②資格証のコピー又は本人確認書類を添付→③郵送又はメールにてお申込み下さい

## 介護福祉士 実務者研修 申込書

申込日 年 月 日

スクーリング 受講会場 <small>□にレを記入下さい</small>	<input type="checkbox"/> 神戸会場 <input type="checkbox"/> 豊岡会場 <input type="checkbox"/> 西脇会場 <input type="checkbox"/> 龍野会場 <input type="checkbox"/> 穴栗会場 <input type="checkbox"/> 但馬会場
フリガナ	
氏名	<small>※資格証または本人確認書類と同じ名前・字体</small>
生年月日	西暦 年 月 日 性別 年齢 歳
フリガナ	
現住所	
連絡先	携帯TEL                      -                      -
	メールアドレス <small>※必須</small>
職業	勤務先名                      実務経験 年 ヵ月

<b>【保有資格：資格証のコピーを添付してください】</b>					
<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修	<input type="checkbox"/>	ホームヘルパー1級	<input type="checkbox"/>	ホームヘルパー2級
<input type="checkbox"/>	介護職員基礎研修	<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修（1号・2号）	<small>※3号研修修了者は免除対象外</small>	
<input type="checkbox"/>	無資格・ホームヘルパー3級 <small>※本人確認書類を添付(資格証不要)</small>			<input type="checkbox"/>	その他(                      )

<b>【法人】請求書払いの場合はご記入ください</b>					
法人名（施設名）		ご担当者様			
住所 <small>（請求書送付先）</small>	〒				
	TEL		メール アドレス		

**◆お申込み前にご確認下さい◆**

通信学習はWEB学習（eラーニング）を導入しているため、以下をお持ちの方が受講対象となります。  
 WEB環境のご用意が難しい場合は、お申込みいただけません。  
**【パソコン・スマートフォン・タブレットのいずれか】**

申込先	郵送	〒653-0022 兵庫県神戸市長田区東尻池町7-1-1君影ビル301 ひろケアスクール 介護福祉士実務者研修担当宛
	メール	<a href="mailto:hirocacareschool@gmail.com">hirocacareschool@gmail.com</a>

**問合せ：078-201-0084（平日9時～17時）** お電話は転送になる場合がございますが、そのまま切らずにお待ちください。  
 ※お申込み後、7営業日以内に当スクールからの通知がない場合、お手数ですがご連絡下さい。  
 ※本申込書は、受講を決定するものではありません。郵送申込みの方は「受講決定通知書」が届くまで、控えを保管下さい。