

写真を貼る位置

1. 縦36～40mm
横24～30mm
2. 胸から上
3. 裏面にのりづけ
4. 裏面に氏名記入

平成 年 月 日現在

| | | | |
|---------|---|--------|---------------------------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | 印 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 | 満()歳 | 男・女 |
| 住所 | (〒 -) | | |
| 自宅電話 | () | 携帯番号 | () |
| メールアドレス | @ | | |
| 職業 | 1. 介護職員(パート・アルバイト) 2. 会社員 3. 自営業 4. 学生 5. 無職 6. その他() | | |
| 勤務先 | | 介護実務経験 | 1. 経験あり(年 ヶ月) 2. 経験なし |

受講コース(希望コースの口にチェックを入れてください)

| | | |
|-----|---|---|
| コース | <input type="checkbox"/> 1月コース <input type="checkbox"/> 4月コース <input type="checkbox"/> 7月コース <input type="checkbox"/> 10月コース | 1. 無資格 2. 介護職員初任者研修 3. ホームヘルパー2級 4. ホームヘルパー1級 5. 介護職員基礎研修 6. 喀痰吸引等()号研修 |
|-----|---|---|

※保有資格のある方は修了証明書を添付して郵送してください。

| | |
|--------|---|
| 受講料請求先 | 1. 受講者ご本人様 2. 法人様 〒(-) 会社名 住所 |
|--------|---|

介護福祉士実務者研修 お申込み

郵送先

〒460-0002

愛知県名古屋市中区丸の内3-20-2 第17KTビル8F

カレッジaro実務者研修 係

お問い合わせ電話番号 0120-052-294

カレッジaro実務者研修 担当 高田(たかだ)

※当社記入欄

| 受付 | 保有資格 / 金額 | 入金期日 | 入金確認 | 通信欄 |
|----|-------------------|------|------|-----|
| | 無・初 2・1 基・喀痰 円 | 月 日 | | |