

# 令和2年度ほほえみ介護福祉士実務者研修 受講申込書

私は個人情報の取扱に同意の上、下記によりほほえみ介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます。

取得資格に☑をつけてください。

希望研修に☑をつけてください。

|                          | 取得資格      | 受講料(税込)  |
|--------------------------|-----------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 取得資格無し    | 123,200円 |
| <input type="checkbox"/> | 初任者研修     | 94,600円  |
| <input type="checkbox"/> | ホームヘルパー2級 | 94,600円  |
| <input type="checkbox"/> | ホームヘルパー1級 | 77,000円  |
| <input type="checkbox"/> | 基礎研修      | 33,000円  |

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 令和2年度第1回(5月11日開講) |
| <input type="checkbox"/> | 令和2年度第2回(6月10日開講) |

※黒のボールペンで楷書にて正確にもれなくご記入ください。

|                                          |                                                                |                            |      |          |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------|------|----------|
| 記入日                                      | 令和 年 月 日現在                                                     |                            |      |          |
| フリガナ                                     |                                                                | 性別                         | 性別   | 生年月日     |
| 氏名                                       | (修了証書等に使用しますので氏名は正確にご記入ください)                                   | <input type="checkbox"/> 男 | 歳    | 昭和       |
|                                          |                                                                | <input type="checkbox"/> 女 |      | 平成 年 月 日 |
| フリガナ                                     |                                                                |                            |      |          |
| 現住所                                      | 〒 県 郡市 町村<br><small>郵便番号・マンション・アパート名・部屋番号まで正確にご記入ください。</small> |                            |      |          |
| 携帯電話番号                                   |                                                                |                            | 電話番号 |          |
| メールアドレス                                  |                                                                |                            | FAX  |          |
| 国家試験受験予定                                 | ・ 年度 受験予定 ( 年 月受験予定) ・ <input type="checkbox"/> 受験予定なし         |                            |      |          |
| 勤務先<br><input type="checkbox"/> 現在勤めていない | 法人名                                                            |                            |      |          |
|                                          | 事業所名                                                           |                            |      |          |
|                                          | 住所                                                             |                            |      |          |
|                                          | 電話番号                                                           | 勤続年数                       | 年 月  |          |

※裏面にも記入欄があります

|                          |                                                                                                                              |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受講料の支払方法                 | <input type="checkbox"/> 振り込み（一括払い、手数料は受講生にてご負担ください）                                                                         |
| 給付制度                     | <input type="checkbox"/> 岐阜県介護福祉士等修学資金貸付制度<br><input type="checkbox"/> 教育訓練給付金<br><input type="checkbox"/> 母子（父子）家庭自立支援給付金制度 |
| 18歳未満の方のお申し込みには保護者の同意が必要 | ほほえみ介護福祉士実務者研修受講申込に同意いたします。<br><br>（保護者名） _____ ㊟                                                                            |

※Web 学習システムについてのご注意

Web 学習システムを用いた通信学習を行います。学習にはインターネットに接続できる環境が必要です。ネットワーク環境が低速な場合、ページの表示が遅いといった症状が発生する場合があります。パソコンをご使用の場合、ブラウザは **internet Explorer8** 以上もしくは、**Gogle Chrome** をご利用いただくか、スマートフォン、タブレット端末でのご利用となります。

（Web 学習システムに不安な方はご相談ください）

|                  |                                                                                                                   |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 誓約書<br><br>※署名捺印 | 受講に際し、規則を遵守し、勤勉に受講することを誓います。<br><br>万一違反した場合いかなる処分に対しても意義を申し立てないことを誓約いたします。<br><br>令和 年 月 日<br><br>（本人署名） _____ ㊟ |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

申込書類チェック欄

- ほほえみ介護福祉士実務者研修申込書（この用紙） 1部
- 身分証明書のコピー（運転免許証、健康保険証等） 1部
- 既修得の資格証書のコピー（無資格者を除く） 1部

学則、日程をご確認の上、上記必要書類をご用意頂き、簡易書留にて郵送か、直接事務局までご持参ください。

※受講までの流れ

申込書等書類提出→受講決定通知書受取→期日までに受講料振込→振込んだ旨事務局へ連絡→オリエンテーション当日

※個人情報の保護に関する取扱について

当会が知り得た受講予定者及び受講生にかかる個人情報は当法人の定める個人情報保護規定に基づき、適切に取り扱うこととする。

事務局

〒509-0203 岐阜県可児市下恵土 4061

医療法人純真会あんどクリニック 介護福祉士実務者研修事務局

TEL 0574-60-3460 FAX 0574-66-6011 担当：後藤／加藤