

ケアサポート長岡 教育センター介護福祉士実務者研修（通信課程）研修 受講申請書

1、受講を希望するクラス

《第一希望》 ○印又は✓を記入して下さい

	長岡(PCデボ)	長岡・9月	↓○印
	柏崎	中魚沼	
	新潟北	国試受験予定	有り・無し
	糸魚川	見込み証の要否	要・不要

2、受講者及び所属先の情報

フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日			
受講者氏名			印	年齢	歳	性別 男・女	
受講者住所				施設事業所での経験年数		年 か月	
本人連絡先	自宅:			携帯:			
受講科目免除の有無		有・無	*有りの場合は証明の写しを添付				
所属施設・事業所	設置主体						
	名称						
	住所	〒					
	連絡先	TEL					
		FAX					
	所属長氏名						

3、科目免除に関わる資格・研修（下記の資格を取得された方は、原本の写しを添付して下さい。）

研修終了状況	有・無	ホームヘルパー3級資格
	有・無	ホームヘルパー2級資格
	有・無	介護職員初任者研修修了
	有・無	ホームヘルパー1級資格
	有・無	介護職員基礎研修修了
	有・無	認知症実践者研修修了
	有・無	喀痰吸引等研修修了

4、お願い

科目免除の方は、修了証書原本の写しを添付して下さい。