

## ジョブカレッジ栃木小山校 実務者研修通信課程申込書

申込日 平成 年 月 日

フリガナ			<p>写真</p>
氏名	( 男・女 )		
生年月日	昭和・平成	年 月 日 (満 才)	
住所	〒		
電話番号	携帯	自宅	
メールアドレス			FAX
所持資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引研修 <p style="text-align: center; color: red;">※ 資格をお持ちの方は資格証のコピーも添付してください。</p>		
希望受講コース	<input type="checkbox"/> 無資格者コース <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級取得者コース <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級取得者コース <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修取得者コース <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修取得者コース <p>平成 年 月開始コース (e-ラーニング希望 <input type="checkbox"/>)</p> <p><small>e-ラーニングとは…通信の授業がPC,スマホ,タブレットで学習がすすめられるシステムです。希望者は✓してください。</small></p> <p style="text-align: center; color: red;">※資格証のコピーが提出できない方は無資格者コースになります。</p>		
備考	持病など伝えておきたいことがあれば記入してください。		

	介護・福祉経験 あり( 年 ヵ月 ) ・ なし
事前アンケート	<p>・現在介護職として勤務されている方は施設名の記入をお願いします。</p> <input type="checkbox"/> 介護施設 ( ) <input type="checkbox"/> 障がい者支援施設 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <p>通学方法 ( 車 ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ 電車 )○つけてください。</p>

①必要事項を記入し、写真を貼ってください。資格をお持ちの方は資格証のコピーを添付してください。

②受講が決定しましたら、受講決定通知をお送りいたします。

③受講料を決定通知に書かれた期日までに指定口座に納入してください。