

## ウェルサークル 介護福祉士実務者研修 受講申込書（個人用）

ウェルサークル介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます。申込にあたり、学則に同意致します。

同意します ※チェックのない場合、申込受付はできません。

受講者情報	フリガナ	性別
	氏名（署名）	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦                      年                      月                      日                      （                      歳）	
住 所	〒                      -  ※マンション名等正確に記入ください	
T E L	※繋がり易い番号を記入ください	
M a i l		
保有資格	<input type="checkbox"/> 資格なし <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修	
教育訓練給付金	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 確認中	
受講料納入方法	<input type="checkbox"/> 一括（ <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 持参 ） <input type="checkbox"/> 分割    ※分割の場合は持参のみの対応	
割引制度	<input type="checkbox"/> 受講歴あり 20% <input type="checkbox"/> 卒業生紹介 10% <input type="checkbox"/> 学生 15% <input type="checkbox"/> 人材サービス登録者 10% <input type="checkbox"/> たくふう会グループ職員 30%	
職 歴	介護経験                      年	
現在の勤務先	※介護のお仕事をしている方のみ記入	

### ウェルサークル記入欄

受付日	年                      月                      日	受講番号	
-----	---	------	--