

## ウェルサークル喀痰吸引等研修 受講申込書（個人用）

ウェルサークル喀痰吸引等研修の受講申し込みにあたり、募集要項を確認いたしました。

**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	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"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修 2 級 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 他（                      ）	
職 歴	介護業務などに係る経験年数（ 約                      年 ）	
在籍施設	※お申込み時点でお勤めの事業所を記入ください	
支払方法	<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	
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	
通学方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> その他	
割引制度	<input type="checkbox"/> 受講歴あり 15% <input type="checkbox"/> 卒業生紹介 5% <input type="checkbox"/> たくふう会グループ職員	
実地研修	<input type="checkbox"/> 実施予定なし <input type="checkbox"/> 勤務先にて実施予定	

ウェルサークル記入欄

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