

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。

開講月	<input type="checkbox"/> 5月開講 <input type="checkbox"/> 7月開講		
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		
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 20% <input type="checkbox"/> 卒業生紹介 10% <input type="checkbox"/> たくふう会グループ職員		
職歴	介護業務などに係る経験年数（ 約 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	
-----	-----------------	------	--