## 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     | □ 5月開講           | □ 7 F  | 月開講              |       |     |             |
|---------|------------------|--------|------------------|-------|-----|-------------|
| 受講者情報   | フリガナ             | 性別     |                  |       |     |             |
|         | 氏名(署名)           |        |                  |       |     | □男 □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  |
| TEL     |                  |        |                  | ※繋が   | り易  | い番号を記入ください  |
| Mail    |                  |        |                  |       |     |             |
| 保有資格    |                  |        | 2級 □介護<br>職員基礎研修 |       |     | 研修          |
| 教育訓練給付金 | □利用する            | □利用しな  | 、ハ □確認中          |       |     |             |
| 受講料納入方法 | □一括(□            | 振込 □持参 | )  □分割           | ※分割の場 | 合は持 | 持参のみの対応     |
| 通学方法    | □自家用車            | □バイク   | □その他             |       |     |             |
| 割引制度    | □受講歴あり<br>□たくふう会 | )      |                  |       |     |             |
| 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  | 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 | В | 受講番号 |  |
|-----|---|---|---|------|--|
|     |   |   |   |      |  |