

記入例

整理番号

神戸リハビリテーション福祉専門学校 令和3年度 介護福祉士実務者研修(通信課程) 受講申込書

※黒の油性ボールペンで楷書にて記入してください(消えるボールペン等は不可)

記入日	令和 3 年 2 月 1 日			写真貼付欄	
フリガナ	コウ ベ ハナ コ		印	性別	
氏名	神戸花子		神戸	男 ・ 女	
生年月日	昭和 平成	3 年 1 月 1 日	年齢	満 29 歳	
住所	※書類が届く住所をご記入ください 〒 650 - 0026 兵庫県 神戸市 中央区 古湊通 1-2-2				
電話番号 (自宅)	078 - 123 - 4567	電話番号 (FAX)	078 - 123 - 4567	電話番号 (携帯)	080 - 1234 - 4567
フリガナ	ケイオービーイー アンダーバー アールアイエイチエイ ハイホン ジェイアイティーエヌユーエムユーエスエイチエイ セロナナチ アットマーク エヌユーエムアイアールイー ドット エヌイー ドット ジェイピー				
E-mail アドレス	kobe_riha-jitsumusha078@sumire.ne.jp ※@sumire-academy.ac.jpからのメールが受信できるように設定してください				
最終学歴	神戸リハビリテーション福祉高等学校 普通科 昭和 ・ 平成 22 年 3 月 卒業 ・ 修了				
勤務先	事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム 神戸リハ		介護従事 年数	2 年 6 ヶ月
	住所	兵庫県 神戸市 中央区 すみれ通 1-2-2			

希望 受講開始日 (日程は別紙 参照)	第1希望	第2希望	受講料 支払い 方法	1. (一括) 銀行振り込み ※現金持込はできません 2. (分割) オリコの学費サポート申請予定
	6月29日(火)	7月16日(金)		
科目修了 認定希望 の有無	科目修了認定を希望 する ・ しない		科目修了認定に値する 修了済みの研修 (※該当者のみ記載)	
訪問介護員2級養成研修				
※未成年の方のお申込みには、保護者の同意が必要です				
介護福祉士実務者研修の受講申込に、同意致します。				
(保護者名) _____				印

※個人情報の取扱いについて

申込書類に記載されました個人情報に関しましては、以下の目的で使用致します。

1. 本講座における登録及び管理
2. 資格取得や講座に関する情報のご案内
3. 個人情報を特定できない形での統計的資料の作成