

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	年 月 日					写真貼付欄		
フリガナ					印	性別		
氏名						男 ・ 女		
生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	満 歳		
住所	※書類が届く住所をご記入ください 〒 — —					・3cm×4cm ・上半身正面、脱帽 ・最近3ヶ月以内に撮影したもの ・写真裏面に氏名記入		
電話番号 (自宅)	—	—	電話番号 (FAX)	—	—		電話番号 (携帯)	—
フリガナ								
E-mail アドレス								
最終学歴	昭和 ・ 平成 年 月 卒業 ・ 修了							
勤務先	事業所名 (施設名)				介護従事 年数	年 月		
	住所							

※@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

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
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)		
※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