

年 月 日

神戸リハビリテーション福祉専門学校  
実務者研修 係 御中

## 令和4年度 介護福祉士実務者研修 スクーリング申請書

必要な科目を全て履修致しましたので、スクーリング希望コースを申請致します。

ID :

\_\_\_\_\_

氏名 :

\_\_\_\_\_

生年月日 :

\_\_\_\_\_

科目履修修了日 :

\_\_\_\_\_

スクーリングコース :

A

コース

\_\_\_\_\_

スクーリング希望科目 :

介護過程Ⅲ

・

医療的ケア（演習）

\_\_\_\_\_

※希望の科目に  
○印をつけて  
ください

電話番号（自宅） :

\_\_\_\_\_

FAX番号 :

\_\_\_\_\_

電話番号（携帯） :

\_\_\_\_\_

備考

\_\_\_\_\_

※本用紙を使用される場合は、**送付前に必ず本校まで**ご連絡ください。

※C L Sでの学習が修了していない段階で本用紙を送付頂きました場合、  
本用紙の受理はできず、スクーリング申請は認められません。