令和6年　月　日

　令和6年度　　　　　　　　　介護福祉士　実務者研修

受講申込書

医療法人徳洲会北海道介護教育研修 様

研修受講申込者

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 住所　等 | 住所：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日（和暦） |  |
| 性別 | 男　　　　・　　　　女 |
| お勤め先 | 住所：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称：TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 有している資格 | 　　初任者研修修了　　　訪問介護員3級訪問介護員2級　　　訪問介護員1級　　　基礎研修修了　　　　　　無資格 |

※「性別」と「有している資格」の項目欄は〇で囲んで記述して下さい。

※上記の情報は、保険の加入と実務者研修修了証明書発行時に必要な情報です。ご理解のほど、宜しくお願い致します。

※申込書は、個人情報として確実に保管し情報漏洩しないよう卒業後は破棄させて頂きます。