

※学校記入欄

受付番号

※

平成 年 月 日

国際医療福祉専門学校七尾校  
学校長 宇野弘之 殿

## 介護実務者研修科 受講申込書

下記により、介護実務者研修の受講を申し込みます。

受講区分 (受講期間)	<input type="checkbox"/> 第1期 (4月1日~9月30日) <input type="checkbox"/> 第2期 (10月1日~3月31日)	(3 cm × 4 cm) 証明写真貼付 (裏面に氏名を記載のこと) ※3ヶ月以内に撮影、 脱帽のこと
フリガナ		男 ・ 女
氏 名		
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (満 歳)	
現 住 所	〒 —	
電話番号	( 自 宅 ) — — ( 携 帯 電 話 ) — —	
関係書類 送付先	* 現住所と異なる場合は記入してください。 〒	
メールアドレス	@ [パソコン・携帯] ※学校からメールにて連絡を行う場合がありますので、@kifs-nanao.ac.jp からのメールを受信できるように設定しておいてください。	

※裏面もあります

<p style="text-align: center;">保有資格</p> <p>(複数ある場合は保有している資格全てチェックする)</p>	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 初任者研修修了 <input type="checkbox"/> 訪問介護養成研修（ホームヘルパー）1級課程修了 <input type="checkbox"/> 訪問介護養成研修（ホームヘルパー）2級課程修了 <input type="checkbox"/> 訪問介護養成研修（ホームヘルパー）3級課程修了 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引研修修了		
<p style="text-align: center;">職歴</p> <p>(勤務予定先)</p>	年	月日	職歴

**備考**（特記事項などありましたらご記入ください。）


**必要添付書類**

1. 受講申込書
2. 身分証明書（免許証・健康保険証など）のコピー
3. 既修得の資格証書のコピー（資格を取得していない方を除く）