

FAX 送付状

FAX 0965-39-7512 すずらの里 行

介護福祉士実務者研修 (通信課程)

受

講

申

込

書

記入日：平成 年 月 日

令和4年2月コース

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
氏名		性別		男	・	女
住所 連絡先	〒	—	TEL (携帯)	—	—	

【勤務先・事業所名】

事業所名	
所在地 連絡先	〒 — TEL — —

修了過程チェック表【該当する項目に☑を記入】

- 無資格です。
- 訪問介護員2級課程を修了しております。
- 初任者研修課程を修了しております。
- 介護職員基礎研修を修了しております。

☆スクーリング（面接授業）の日程について（予定）☆

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	9回目	10回目	11回目
2月 コース	2月 21日 (月)	4月 13日 (水)	4月 26日 (火)	5月 10日 (火)	5月 24日 (水)	6月 7日 (火)	6月 23日 (木)	7月 8日 (金)	7月 21日 (木)	7月 28日 (木) 医療的	8月 5日 (金) 医療的

※介護職員基礎研修修了者の履修は、医療的ケア（通信課程）とスクーリング（医療的ケア）の2日間です。

★スクーリング全日程に参加できます。 はい いいえ

☆ 送信いただいたFAXを確認後に、事務局よりご連絡いたします ☆