

実務者研修【通信制】 受講申込書

公益財団法人 介護労働安定センター 岡山支部長殿
実務者研修課程 学校長殿

ご本人が太枠内のみ記入してください。

受講支部名		岡山支部		記入日		年 月 日		※受付番号									
フリガナ								※受付印									
氏名(自署)																	
生年月日		昭和 平成 年 月 日 (歳)		性別 (任意)		男・女		本人確認実施(済・未済 担当:)									
現住所 (自宅)		〒															
連絡先		TEL(携帯)		メール		@											
勤務先		(法人名)		(事業所名)													
		〒															
		TEL				FAX											
書類当送付先		自宅 ・ 勤務先 ※どちらかに○をつけてください(テキスト等もお送りする送付先となります。)															
保有資格 及び 受講コース		<p>【1】保有資格に○をつけてください。保有資格に応じ受講コースが異なります。 なお、資格保有者対象コースは申し込みの際、必ず資格(修了)証の写し(A4サイズ)の提出をお願いします。 また、資格(修了)証の氏名が現在の氏名と異なる場合、戸籍抄本(謄本)(写)も併せて提出してください。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 30%;">ホームヘルパー2級</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">➔</td> <td style="width: 30%;">320時間コース (訪問介護員養成研修(ヘルパー)2級修了者対象)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>介護職員初任者研修</td> <td style="text-align: center;">➔</td> <td>320時間コース (介護職員初任者研修修了者対象)</td> </tr> </table> <p>【2】介護分野の実務経験年数 _____ 年 _____ か月(記入月日現在)</p>									ホームヘルパー2級	➔	320時間コース (訪問介護員養成研修(ヘルパー)2級修了者対象)		介護職員初任者研修	➔	320時間コース (介護職員初任者研修修了者対象)
	ホームヘルパー2級	➔	320時間コース (訪問介護員養成研修(ヘルパー)2級修了者対象)														
	介護職員初任者研修	➔	320時間コース (介護職員初任者研修修了者対象)														
通信課程 学習方法		通信課程の学習方法をどちらか選択してください。(必ずどちらかににチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> レポート学習コース <input type="checkbox"/> WEB 学習コース ➔メールアドレスは必ずご記入ください。															
お申込方法 受講料お振込 みについて		<p>【手順1】「受講の申し込み」受講申込書の項目にご記入の上、資格証等の写しと共にメール又はFAXでお申込みください。 (メール okayama@kaigo-center.or.jp) (FAX 086-221-4572)</p> <p>【手順2】「請求書(振込票付き)の受領」8月1日以降請求書をご指定の場所へ郵送にてお送りいたします。 【注意事項】開催日の2週間前までに請求書が届かない場合は、必ずご連絡ください。</p> <p>【手順3】「受講料の振込み」請求書に記載の支払期日までに、受講料をお振込みください。 【注意事項】①受講される方ごとのお申し込みをお願いいたします。②振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。③払込票の控えをもって領収書に代えさせていただきます。④『受講申込書』のご提出後、振込をもって受付完了となります。⑤受講をキャンセルされる場合は、必ず事前にご連絡ください。なお、お申込者様の都合によるキャンセルの場合は、振込手数料を差し引いてのご返金となります。⑥お振込みいただいた受講料は、開催決定(開催日から起算して14日前)以降は、原則として返金いたしませんので予めご了承ください。</p> <p>【手順4】「受講申込の完了」お振込みいただいた時点で、「受講申込」が完了となります。 【手順5】「受講決定メール」又は「受講決定通知(郵送)」を受け取ります。後日、テキスト等を開講までにお送りいたします。</p>															
各種助成金の 利用		研修の受講に関し、事業所で助成金の利用を予定されていますか(該当部分にチェックを入れてください)。 <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり(助成金の名称: _____) <input type="checkbox"/> 不明															

◆本書にご記入の氏名、住所等の個人情報は、本研修を円滑に実施するため、また、当センターの事業のご案内や資料提供のために使用させていただきます。

◆ご記入いただいた個人情報は、当センターのプライバシーポリシーに基づき厳重に管理し、上記の目的以外では使用いたしません。

◆個人情報についてご不明な点がございましたら、支部担当者までご連絡ください。

【個人情報に関するお問合せ先】公益財団法人介護労働安定センター岡山支部長 TEL 086-221-4565