社会福祉法人　八寿会
介護福祉士実務者研修（通信課程）
受講申込書

研修期間：令和5年4月13日～令和5年11月23日

申込日：　　月　　日

写真貼付
2.5cm×
3.0cm

申込者	フリガナ	
	氏　名	印　性別（男・女）
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（満　　歳）
住　所	郵便番号	〒
	住　所	
	電話番号	
	携帯番号	
緊急連絡先 （必ず記載して下さい）	氏　名	続柄（　　）
	電話番号	
	携帯番号	

該当する所に○印をつけて下さい。（ 保有資格の認定証、修了証のコピーを申込書と一緒に提出して下さい。 ）

取得済み資格・研修		資格取得無し	受講料　¥130,000　－	450　時間
		ホームヘルパー３級	受講料　¥130,000　－	420　時間
		ホームヘルパー２級	受講料　¥80,000　－	320　時間
		介護職員初任者研修	受講料　¥80,000　－	320　時間
		ホームヘルパー１級	受講料　¥50,000　－	95　時間
		介護基礎研修課程	受講料　¥30,000　－	50　時間
八寿会研修修了生 (○をつけて下さい)		社会福祉法人八寿会　訪問介護員養成研修 ・ 介護職員初任者研修		
紹介者	氏名＿＿＿＿＿＿＿＿ (八寿会職員 ・ 八寿会研修修了生) ○をつけてください。			
現職業	1．会社員　　2．学　生 3．福祉職従事者(常勤 ・ 非常勤)　　4．医療職従事者(常勤 ・ 非常勤) 5．その他 (　　)			
介護事業所 就労・実務経験 （現　在）	勤務先名			
	介護実務経験年数 （通　算）	年　　ヶ月（令和　　年　　月　　日現在）		
	介護福祉士 国家試験受験予定	令和　　年　　1月 受験予定		

個人情報の利用目的

本研修事業について、受講者の選定・緊急時対応・受講者への通知等を行うため受講申込書に記載された個人情報を必要最低限の範囲で使用致します。

よって、研修の効果的な運営のために、研修講師が受講者状況を把握等の必要がある時にも同様に必要最低限の範囲で情報提供を行います。