

介護福祉士実務者研修 申込書

介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます

申込日	令和 年 月 日
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
フリガナ	
住所	〒
TEL	
携帯電話	
E-mail	
ご職業	
勤務先	
実務経験	無 ・ 有
受講理由	☐ 仕事に必要なため ☐ 資格を取得したい ☐ 介護の仕事がしたい ☐ 家族の介護に役立てたい ☐ その他（ ）
通信学習 どちらかお選びください	・ 郵送コース（テキスト配布　郵送で課題や試験提出） ・ デジタルコース（学習・課題提出や試験も携帯やPCで）

備考 *申し込みは受講を決定するものではありません。

提出先：

〒693-0002 島根県出雲市今市町北本町5-5-37

特定非営利活動法人 コミュニティサポートいずも

TEL 0853-31-4165 FAX0853-31-4166

