

令和6年度 実務者研修教員講習会 受講申込書

※印は必須記入項目です。

「個人情報の取扱いについて」を確認・同意の上、実務者研修教員講習会に申込みます。			
ふりがな※		性別※	生年月日※
氏名※		<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
自宅住所※	〒 -	電話番号※	日中連絡がとれる番号を記入してください。
メールアドレス※			
現職名※			
受講票の郵送先※	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	こちらが未記入の場合は、ご自宅を郵送先とします。 勤務先を選択された場合は下記をご記入ください。	
勤務先名称			
勤務先住所	〒 -	勤務先電話番号	
お支払い方法※	<input type="checkbox"/> 銀行振込(一括払い) 銀行振込は一括払いのみになります。 <input type="checkbox"/> 郵便振替(一括払い) <input type="checkbox"/> 郵便振替(分割2回払い) ・上記に☑がない場合は、「郵便振替一括払い」として受け付けます。 ・振込手数料は申込者のご負担となります。 ・クレジットカード決済は、当協会ホームページの「申込フォーム」からお申込みいただきますご利用いただけます。		
資格証の提出について	介護福祉士登録証の写し(コピー)をご提出ください。		
・資格証のコピーは、A4サイズに統一していただくようお願いいたします(拡大・縮小は不要です)。 ・資格証に記載された氏名・住所などが、申込内容と異なる場合、変更となったことを証明する書類も併せてご提出ください(運転免許証裏面や住民票、戸籍謄本のコピー等)。			
お申込先	・申込書に記載もれがないか今一度ご確認ください。 ・資格証の写し(コピー)を同封し、下記へ郵便でお送りください(FAX でのお申込みはご遠慮ください)。 〒950-0865 新潟市中央区本馬越2-21-6 新潟地域福祉協会 介護研修事業部		