

2025 実務者研修(通信課程)受講申込書

「確認事項」及び「プライバシーポリシー」を確認・同意の上、実務者研修を申込みます。
記入においては、下記の該当箇所の□に✓をつけてください。※印は必須記入項目です。

| | | |
|---|--|---|
| 申込クラス 7月開講 (佐渡) | 保有資格①※ | <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 保有資格なし <small>保有資格により免除となる科目があります。上記の資格をお持ちでない場合は「保有資格なし」にしてください。</small> |
| | 保有資格②※ | <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修修了(第1号・第2号) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修を修了していない <small>「喀痰吸引等研修(第1号・第2号)」修了者は「医療的ケア」が免除となり、受講料が5,000円引きとなります(登録証のコピーの提出が必要です)。</small> |
| ふりがな※ | | 性別※ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 氏名※ | | 生年月日※ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 |
| 自宅住所※ 〒 | | 電話番号※ - - |
| | | E-MAIL※ |
| テキスト送付先※ | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 | こちらが未記入の場合は「自宅」を郵送先とします。 勤務先を選択された場合は下記もご記入ください。 |
| 勤務先名 | | |
| 勤務先 〒 | | 電話番号 - - |
| | | 担当者名 |
| 介護福祉士国家試験の受験について※ | | <input type="checkbox"/> 令和7年度(令和8年1月実施)試験を受験予定 <input type="checkbox"/> 令和8年度試験を受験予定 <input type="checkbox"/> 受験予定なし |
| 【受講特典①】 医療的ケアフォローアップ研修申込※ | | <input type="checkbox"/> 「医療的ケアフォローアップ研修」に申込み【受講料 8,800円】 <input type="checkbox"/> 「医療的ケアフォローアップ研修」に申し込まない |
| 【受講特典②】 介護福祉士国家試験直前対策講座申込※ | | <input type="checkbox"/> 「介護福祉士国家試験直前対策講座」に申込み <input type="checkbox"/> 「介護福祉士国家試験直前対策講座」に申し込まない |
| お支払い方法※ | | <input type="checkbox"/> 銀行振込(一括払い) <input type="checkbox"/> 郵便振替(一括払い) <input type="checkbox"/> 郵便振替(分割2回払い) <input type="checkbox"/> 郵便振替(分割5回払い) <small>・上記に✓がない場合は、「郵便振替一括払い」として受付めます。 ・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けますご利用いただけます。</small> |
| 領収証について | | 領収証が必要な場合、下記に✓の上ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 領収証の宛名 _____ <small>ここに記載がない場合は、申込者のお名前で作成します。分割払いの場合、すべてのお支払いが完了した後の発行となります。</small> |
| ・記入もれがないか今一度ご確認ください。 ・「個人情報の取り扱いについて」は右のQRコードからご確認ください。 ・本人確認書類及び資格証のコピーを同封し、表面に記載の「申込書類の郵送先」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ますようお願い申し上げます。 | | |

郵送でのお申込みはこちらの申込書をお使いください(コピー可)