



埼玉医療福祉社会介護福祉士実務者研修（通信課程）受講申込書

※太枠内の必要事項を記入してください。

西暦 年 月 日

ふりがな				性別	男・女	年齢
氏名				西暦	年 月 日	満 歳
住所	〒					
テキスト 発送先	〒					
連絡先	Tel	—	—			
	携帯	—	—			
	e-mail	@				
保有資格	□介護職員初任者研修 □生活援助従事者研修 □訪問介護員研修 1級・2級・3級 □介護に関する入門的研修 □介護職員基礎研修 □その他研修（ ）					
勤務先						
介護職としての 実務経験年数	年 ヶ月 □なし					
本人確認書類 (写)	□運転免許証 □健康保険証 □マイナンバーカード □住民票 □パスポート □その他（ ）					

※1 保有資格によって受講時間と受講料等が異なります。資格をお持ちの方は必ず資格証書の写しを添付してください。

※2 本人確認書類はA4サイズでコピーして添付してください。

※3 お預かりした個人情報は介護福祉士実務者研修以外の目的には一切使用しません。

お問い合わせ・申し込み先

〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38番地

社会福祉法人埼玉医療福祉会 法人事務局 実務者研修担当者

Tel 049-276-2087 FAX 049-295-6321

※受付№

※受付印