受講申込書

申込日　　年　　月　　日

介護福祉士実務者研修　通信課程			
受講希望コース	2017年 8月開講	□一般課程（無資格者）コース □初任者研修修了課程コース □ホームヘルパー2級修了課程コース □ホームヘルパー1級修了課程コース □医療的ケア課程コース	いずれかにチェックを入れて下さい
		修了証書発行年月日　平成　　年　　月　　日	
		修了証書発行番号　　号	

写真貼り付け
3cm×2.5cm

※医療的ケア課程コースは、介護職員基礎研修を修了した方・介護福祉士で認定特定行為業務従事者を目指す方が対象です。

フリガナ		性別	生年月日	S　H　　年　　月　　日
氏　名	㊞	男 女		(　　歳)
住　所	〒　　－ 都道府県　　市郡　　区町 ※アパート・マンションの建物名と号室等もご記入ください			
電話番号	携帯　　－　　－	Fax番号	－　　－	
	固定　　－　　－	e-mail		
緊急時の連絡先	氏名　　続柄　　電話番号 －　　－			
資格等特記事項				

※受講には、修了済みの資格証の写しと本人確認書類（運転免許証の写し・住民票などの公的証明書）の提出が必要です。
これらの書類は、入学後、速やかにご提出いただきます。

鹿光学習センター

電話　011-261-0806　　FAX　011-281-1462

〒060-0005　札幌市中央区北５条西１４丁目1－42　鹿友ディアプラザ札幌1F

教育訓練給付金	・利用する　　・利用しない

当校使用欄

手続き連絡	/	入金確認	振現 /	特記事項	