

FAXの方はこちらへ **03-5365-9822** (表面のみ送信して下さい)

(株)日本介護センター

平成 年 月 日

介護福祉士実務者研修（通信）受講申込書

(下記内容で修了証の発行、登録を行います。正式な漢字と誤りのないように記入お願い致します。)

希望コース	コース 開講日 /
(ふりがな) 申込者名	() 男 ・ 女
生年月日	S ・ H 年 月 日生 (満 歳)
住 所	〒 - 最寄り駅 () 駅
電話番号	() - (自宅) () - (携帯) () - (FAX)
勤 務 先	無 有 ()
保有資格 (○を付けて下さい)	なし あり：初任者研修・ヘルパー2級・1級・基礎研修
修了見込み証明書の 発行希望	無 ・ 有
領収書の発行希望	無 ・ 有 (宛名:)

◆健康状態についてお聞きします⇒該当するものに○

健康状態	心身ともに 良好 ・ 不良
現在治療中 (又は服薬)	無 ・ 有 ()

■お申込みに際する注意事項

◆受講料について

開講後のキャンセルにつきましては、一切受け付けできませんので、ご注意ください。
キャンセルにつきましては受講料をお戻しできません。

◆受講期間について

受講期間は、約3ヶ月～6ヶ月間です。※有資格者により異なる
やむを得ない理由がある場合により、1年間以内の研修期間となります。

また、連絡不通となった場合などは6ヶ月をもって辞退扱いさせていただきます。