

# 令和5年度実務者研修 申込用紙

FAX: 022-774-2779

介護技術習得センター 特定非営利活動法人  
ドリームプロジェクト

◆受講生番号(事務局記入) 12-
◆修了証発行日(事務局記入) 年 月 日
◆修了証番号(事務局記入) 宮城介実第12-

写真貼付け  
お手元にある場合は添付ください。  
改めて撮影する必要はございません。

◆受講生ご本人

ふりがな:	ご住所: 〒 -
お名前:	

※マンション・アパートなどの場合は部屋番号も明記

性別: 男・女	生年月日:(西暦) 西暦 年 月 日(S・H 年)	携帯番号:	電話番号:
------------	------------------------------	-------	-------

※氏名・住所・生年月日は資格取得者届出・修了証発行に必要ですので必ずご記入ください。

勤務先(任意) 法人名:	施設名:
--------------	------

福祉事業所勤務の方はぜひご記入下さい

紹介者:	様 ※紹介された方がいる場合ご記入ください。
------	------------------------

現在所持資格

<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 基礎研修
---

※所持資格により自宅学習の免除科目が変わりますので必ず✓をお願いします。  
※資格所持の方は、該当資格の修了証の写しを申込用紙と同時に提出ください。(携帯版可)

※無資格の方は、行政指導により、本人確認をさせていただきます。

申込書と同時に運転免許証などの身分証明書をご持参下さい。コピー可。確認後返却致します。

本人確認:運転免許証 健康保険証 パスポート その他( )

<input type="checkbox"/> 実務者研修修了見込証明書必要 (社会福祉振興・試験センター提出用)
--

◆誓約書: 私は、介護技術習得センターの実務者研修受講にあたり、 会場施設のルールに従い、学則を遵守し、講師の指示に従い、 資格取得に向けて意欲的に取り組みます。	氏名:   印
--	------------------

◆緊急連絡先

ふりがな:	電話番号:	本人との関係
お名前:	携帯番号:	

※受講中の急病などの場合にご連絡させていただく場合がございます。

◆受講クラス

<input type="checkbox"/> 岩沼クラス <input type="checkbox"/> 大和クラス <input type="checkbox"/> 八乙女クラス <input type="checkbox"/> 向山クラス
--

◆受講料お支払い方法

<input type="checkbox"/> 振込(振込予定日: 月 日頃、分割2回目 月 日頃)
---

◆振込名義:( )法人名振込など本人氏名以外の場合のみご記入下さい。