

# 実務者研修 受講申込書

Q-

年 月 日

1 無資格	2 2級修	3 初任者修	4 1級修了	5 基礎研修
-------	-------	--------	--------	--------

※現在取得している資格を必ず上記の番号に○を記してください！

ふりがな				写真貼付 3.0×4.0cm
お名前				
ご住所	〒 ー			
電話番号				
携帯番号				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (西暦 年)			
勤務先名 (学校名)				
勤務先住所 (学校住所)	〒 ー TEL ー			
職 種 (学部・学科)			役 職	
有資格	実務経験 年		普通自動車免許	有 無
パラメディカル研修	ヘルパー2級・初任者研修 年 月	福祉用具専門相談員 年 月	ケアマネ受験講座 年 月	同行援護従業者養成研修 年 月
	受講科目 喀痰吸引等1・2号研修 年 月	精神障害者養成研修 年 月	介護職員基礎研修 年 月	介護福祉士国家試験対策 年 月
受講NO			領収NO	
備考 特記事項				

※本書にご記入いただいた個人情報の一部は、就職希望先施設への情報提供及び研修会のご案内、緊急連絡等の際に利用させていただきます。

受講料:40,000~140,000円(テキスト、諸経費込み)  
振込の場合は、  
千葉興業銀行/東金サンピア支店  
普通預金 NO6604182  
口座名義:パラメディカル(株) 代表取締役 石原隆広

〒283-0005  
千葉県東金市田間3-54-9  
パラメディカル・教育研修部  
tel 0475-52-1121  
fax 0475-52-0051