

今持っている資格に必ず○をしてください

実務者研修

受講申込書

J-

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			
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	どちらかに○をしてください。 ① 4月受講希望 ② 8月受講希望		無資格の方は免許証等の身分を証明できるものの写しを提出してください！ 資格を有している方は、資格証の写し	

※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