

実務者研修通信学科受講申込書

申込日: 年 月 日

くらしき総合福祉専門学校

フリガナ				印	写真貼付欄 ・上半身正面 ・最近3ヶ月以内に撮影のもの ・縦4cm×横3cm ・写真の裏面に氏名を記入して下さい。		
氏名							
生年月日	年	月	日				
年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
現住所	〒 -						
電話番号 (自宅)			携帯番号				
介護系 資格 ※1			資格取得 年月	年	月		
資格取得 事業所 ※2			介護職 経験年数	年	ヶ月		
最終学歴				年	月卒業		
職歴				年	月～	年	月
				年	月～	年	月
				年	月～	年	月
				年	月～	年	月
勤務先 (現職)	名称						
	住所	〒 -					
	電話番号						

【注意】 □の欄はし点を記入して下さい。また、年号は西暦でご記入願います。

※1 介護系の資格のみご記入下さい。

※2 介護系資格を取得した事業所をご記入ください。

※3 サポート学習についての詳細は、詳細は「6.学習内容3)学習サポート」をご参照ください。