

長岡介護福祉専門学校あゆみ  
介護福祉士実務者研修通信課程受講申込書

申込日 年 月 日

フリガナ					顔写真 裏に氏名記載の上、 4cm×3cm 以上で貼付	
氏名	印		男・女			
生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)		
住所	〒 —					
電話番号	自宅	( )	—			
	携帯	( )	—			
メールアドレス (携帯メール可)	(連絡用に使用しますので記入してください)					
最終学歴 (学校名)	卒業証書の写し又は卒業証明書を添付して下さい。					
勤務先 (就労中の方のみ記載)						
コース選択	該当に <input checked="" type="checkbox"/>	保有資格	受講料			
			全納一括	分納2回	分納6回	料外代
修了証明 証の写し を添付し して下さい。	<input type="checkbox"/>	無資格者	147,000	73,500	24,500	14,000
	<input type="checkbox"/>	介護職員基礎研修修了者	42,000	21,000	7,000	2,000
	<input type="checkbox"/>	訪問介護員1級修了者	51,000	25,500	8,500	4,000
	<input type="checkbox"/>	訪問介護員2級修了者	108,000	54,000	18,000	10,000
	<input type="checkbox"/>	訪問介護員3級修了者	132,000	66,000	22,000	14,000
	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修修了者	108,000	54,000	18,000	12,000
	<input type="checkbox"/>	認知症実践者研修修了者	132,000	66,000	22,000	14,000
	<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等研修修了者	123,000	61,500	20,500	14,000
	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修+喀痰吸引等研修	84,000	42,000	14,000	10,000
<input type="checkbox"/>	訪問介護員2級+喀痰吸引等研修	84,000	42,000	14,000	12,000	
支払方法 希望に <input checked="" type="checkbox"/> 印	<input type="checkbox"/> 全納一括振込 <input type="checkbox"/> 分納2回振込 <input type="checkbox"/> 分納6回振込 (テキスト代は初回時に納付していただきます)					
一般教育訓練給付制度を利用しますか。			<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない			
介護福祉士国家試験受験の受験予定年度			<input type="checkbox"/> 年1月予定 <input type="checkbox"/> 未定			
<資料郵送先> 該当に <input checked="" type="checkbox"/>			<受講料請求先> 該当に <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 上記に同じ 郵送先が異なる場合はご記入ください↓ 〒 —			<input type="checkbox"/> 上記に同じ 請求先が異なる場合はご記入ください↓ 〒 —			
氏名(郵送先):			氏名(請求先):			
<スクーリング時の通学手段>						
<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自転車・バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 (車ナンバー: )						
*最終学歴の卒業証明書の写し又は卒業証明書を添付してください。						
*免除科目がある場合は保有資格の修了証明書の写しを添付してください。						

下記課題について概ね 600 字以上～800 字以内で簡潔に記述してください。

課題 受講されるきっかけと、将来のあなたはどのような介護福祉士になりたいか

600

800