



※受講者番号
(記入不要)

令和6年度 介護福祉士実務者研修 受講申込書

都城コアカレッジ校長 殿

私は、個人情報の取り扱いに同意のうえ、下記のとおり申し込みます。

※ 国家試験の受験資格、免除資格になる研修の申込書です。黒ボールペンで楷書にて、正確に漏れなくご記入ください。

記入日	令和 6 年 3 月 9 日 現在			
フリガナ	ミヤコノジョウ コアコ			
氏名	都城 コア子			
<small>(修了証等に使用しますので、正確にご記入ください)</small>				
生年月日	西暦 1987年 (昭和・平成 62年) 4月 1日	年齢	満 38 歳 (記入日現在)	
現住所	〒 885-0006 (郵便番号・マンション・アパート名、部屋番号まで正確にご記入ください) 都城市吉尾町7番8 コーポCORE 303号室			
携帯番号	090-0000-0000	メールアドレス	△△△△△△@×××××.jp	
電話番号	なし	携帯可		
実務経験年数	2 年 5 ヶ月 (記入日現在)	※ 国家試験受験	<input checked="" type="checkbox"/> 令和7年 1月 受験予定 <input type="checkbox"/> 受験予定なし(記入日現在)	

現在勤めていない
 現在勤めている

※ 国家試験の受験申込みは、本校ではできません。各自でお手続きください。

勤務先	法人名 <small>(社会福祉法人 〇〇会など)</small>	社会福祉法人〇〇会、医療法人〇〇、 株式会社〇〇、合同会社〇〇、NPO法人〇〇	事業所名 <small>(施設名)</small>	特別養護老人ホーム△△△、介護老人保健施設△△△、 グループホーム△△△、デイサービス△△
	住所	〒 885-0000 宮崎県都城市〇〇町△番地△	電話番号	0986-〇〇-××××
			職務内容	介護職員・訪問介護員・その他 ()

(1) 現在取得している資格に✓を付けてください。

取得資格	受講料合計 (税込)	早期割 (税込)	
		5月31日 (申込・納入) まで	
<input checked="" type="checkbox"/> 取得資格なし	¥174,124	¥145,000	¥130,000
<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修	¥149,124	¥125,000	¥110,000
<input type="checkbox"/> 看護師・保健師・准看護師等		¥116,000	¥98,000
<input type="checkbox"/> ヘルパー3級課程	¥169,124	¥135,000	¥120,000
<input type="checkbox"/> ヘルパー2級課程	¥149,124	¥125,000	¥110,000
<input type="checkbox"/> ヘルパー1級課程	¥85,324	¥70,000	¥65,000
<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修	¥53,124	¥50,000	¥45,000

(2) 希望する講座に✓を付けてください。

受講期間	オリエンテーション	申込締切
<input checked="" type="checkbox"/> 4月1日～9月30日	4月1日 15時	3月11日
<input type="checkbox"/> 5月1日～10月31日	5月2日 15時	4月10日
<input type="checkbox"/> 6月1日～11月30日	6月3日 15時	5月10日
<input type="checkbox"/> 9月1日～R7年2月28日	9月2日 15時	8月9日
<input type="checkbox"/> 10月1日～R7年3月31日	10月1日 15時	9月10日

(3) 希望する介護過程Ⅲのコースに✓を付けてください。

コース名	受講日	合計
<input checked="" type="checkbox"/> Aコース	8月7日、8日、21日、22日、28日	5日間
<input type="checkbox"/> Bコース	9月20日、27日、10月4日、11日、18日	
<input type="checkbox"/> Cコース	R7.1月10日、17日、24日、31日、2月7日	

受講料の納入方法等 ✓をつけてください。

(納入方法) 現金納入 宮崎銀行への振り込み
 ※ お振り込み後に、本校(0986-38-4811)までお電話ください。

(支払回数) 一括払い 2回払い(基礎研修、ヘルパー1級除く)
オリコ教育ローン

その他 をつけてください。(併用不可)

一般教育訓練給付金(ハローワーク)	<input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない
実務者研修受講資金貸付(県社協)	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない


(4) 希望する医療的ケア演習のコースに✓を付けてください。

コース名	受講日	合計
<input checked="" type="checkbox"/> ①コース	7月29日、30日	2日間
<input type="checkbox"/> ②コース	9月6日、13日	
<input type="checkbox"/> ③コース	R7.2月13日、14日	

※未成年の方のお申し込みには身元保証人の同意が必要です。

介護福祉士実務者研修受講申込みに同意いたします。

令和 年 月 日 (身元保証人) _____ 印

誓約書 署名捺印	都城コアカレッジ校長 殿
	私は、入学の上は諸規則を守り学習に努めます。 万が一規則に違反した場合は、学校のいかなる処置に対しても異議は申し立てません。
	令和 6 年 3 月 9 日 (本人署名) 都城 コア子 

※記入不要	
受付日	/
受講料納入確認 受講決定通知書	/

E-レポート課題の方法

※使用する予定の機器にすべて☑してください。

パソコン(Wi-Fi環境) タブレット端末 スマートフォン Wi-Fi環境や機器を持っていない

※ 申込書類を確認の上、☑をつけ、本校までご持参もしくはご郵送ください。

<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 受講申込書 (この用紙)	1部
<input checked="" type="checkbox"/> 身分証明書 (住民票・運転免許証・健康保険証等公的書類のいずれか) の写し (A4サイズ)	1部
<input checked="" type="checkbox"/> 取得済みの資格証書 (訪問介護員・介護職員初任者研修・介護職員基礎研修等) の写し (A4サイズ)	1部
<input checked="" type="checkbox"/> 受講決定通知書返信用封筒 (84円もしくは110円切手貼付、郵便番号・氏名・住所を明記する)	1部
<input checked="" type="checkbox"/> 修了証書郵送用のレターパックライト370 (自宅の郵便番号・住所・氏名・電話番号を明記する)	1部

個人情報の取り扱いについて

本校では、受講生の個人情報は当研修での登録や管理のみに利用します。

アンケート

① 本学の実務者研修を「どのようにして」知りましたか？

ホームページ チラシ 職場で 知人より その他()

② 本学での受講決定に至った一番の理由は？

家が近い 通信だから 受講料が安い 試験を受験するため
その他()