

※受講者番号  
(記入不要)

## 令和4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 年 月 日 現在			写真貼付 縦4cm×横3cm  6ヶ月以内に撮影したもので、正面上半身脱帽のこと  裏面に氏名を記入
フリガナ				
氏名	(修了証等に使用しますので、正確にご記入ください)	印		
生年月日	西暦 年 (昭和・平成 年) 月 日	年齢	満 歳 (記入日現在)	
現住所	〒 (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)			
携帯番号		メールアドレス 携帯可		
電話番号				
実務経験年数	年 月 (記入日現在)	国家試験受験※	<input type="checkbox"/> 令和5年 1月 受験予定 <input type="checkbox"/> 受験予定なし(記入日現在)	

<input type="checkbox"/> 現在勤めていない		※ 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。		
<input type="checkbox"/> 現在勤めている				
勤務先	法人名 (社会福祉法人 〇〇会など)	事業所名 (施設名)		
	住所 〒	電話番号		
		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)	協力・実習施設割 (税込)
		6月10日(申込・納入)まで	
<input type="checkbox"/> 1 取得資格なし	¥174,124	¥145,000	¥130,000
<input type="checkbox"/> 6 介護職員初任者研修	¥149,124	¥125,000	¥110,000
<input type="checkbox"/> 2 ヘルパー3級課程	¥169,124	¥135,000	¥120,000
<input type="checkbox"/> 3 ヘルパー2級課程	¥149,124	¥125,000	¥110,000
<input type="checkbox"/> 4 ヘルパー1級課程	¥85,324	¥70,000	¥65,000
<input type="checkbox"/> 5 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 type="checkbox"/> 5月1日～10月31日	5月6日 15時	4月11日
<input type="checkbox"/> 6月1日～11月30日	6月1日 15時	5月10日
<input type="checkbox"/> 7月1日～12月31日	7月1日 15時	6月10日
<input type="checkbox"/> 9月1日～R5年2月28日	9月1日 15時	8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 type="checkbox"/> Aコース	6月22日、29日、7月6日、8月3日、10日	5日間
<input type="checkbox"/> Bコース	8月1日、8日、17日、23日、30日	
<input type="checkbox"/> Cコース	10月20日、27日、11月2日、9日、16日	

(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 type="checkbox"/> ①コース	9月27日、28日	2日間
<input type="checkbox"/> ②コース	10月13日、14日	
<input type="checkbox"/> ③コース	12月20日、21日	

受講料の納入方法等 をつけてください。

(納入方法) <input type="checkbox"/> 現金納入 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 2回払い(基礎研修、ヘルパー1級除く) <input type="checkbox"/> オリコ教育ローン

その他 をつけてください。

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

※未成年の方のお申し込みには保護者の同意が必要です。

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 (保護者名) _____ 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 年 月 日 (本人署名) _____ 印
-------------	--

※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)     タブレット端末機     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 type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 受講申込書 (この用紙)                            | 1部 |
| <input 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 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 type="checkbox"/> 受講決定通知書返信用封筒 (84円切手貼付、郵便番号・氏名・住所を明記してください)         | 1部 |
| <input 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・電話番号を明記してください) | 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     国試を受験するため  
 その他( )