


※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 5 年 4 月 10 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 35 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77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5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 ○○会など)</small>	社会福祉法人○○会、医療法人○○、 株式会社○○、合同会社○○、NPO法人○○	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○○町△番地△	電話番号	0986-○○-××××
			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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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) 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。


一般教育訓練給付金 (ハローワーク) 希望する 希望しない 対象外

実務者研修受講資金貸付 (県社協) 希望する 希望しない 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 4 年 4 月 10 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 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円切手貼付、郵便番号・氏名・住所を明記してください)	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()