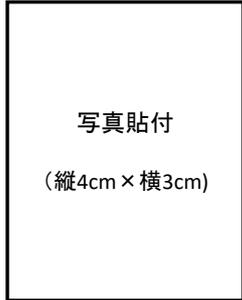


受講申込書

都城コアカレッジ校長 殿

(申込日) 平成 年 月 日



※この受講申込書及び個人情報については、厳重な管理を行い、当事業の目的以外には使用しません。

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	昭和 平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒 -		
電 話 番 号	() -	緊急連絡先	() -
メールアドレス	@		
受 講 動 機	※次のうち、該当する番号に○及びご記入をお願いします。 1 介護現場に再就職を希望又は予定しているため(離職後の経過年月:約 年 ヶ月) 2 介護福祉士国家資格を取得して経験が浅いため(介護現場経験年月:約 年 ヶ月) 3 その他の理由 ()		

(お申し込み方法) この受講申込書に必要な事項をご記入のうえ、以下のいずれかの方法でお申し込みください。

- 持 参 の 場 合 : 平日の午前9時~12時または午後1時~5時(この日時以外は対応できません)
ただし、平成29年12月28日から平成30年1月4日は休校とさせていただきます。
- F A X の 場 合 : 0986-38-4810へ送信してください(送付状不要)
なお、この場合は、講座の初日に受講申込書の原本をご持参ください。
- 郵 送 の 場 合 : 〒885-0006 都城市吉尾町77番8 都城コアカレッジ 付帯事業係 まで
- 添 付 書 類 : 受講申し込み時または講座の初日に、次の書類を提出及び提示いただきます。
①提出いただく書類 介護福祉士登録証の写し
②提示いただく書類 運転免許証・健康保険証・パスポート等の公的証明書

(本校使用欄)	受講通知		受講	受 付		本人確認
	平成 年 月 日			平成 年 月 日		