

【 京都府指定 】  
実務者研修 受講申込書

必要事項に記入・○印を付けてください。※印は必ず記入してください。

記入日：令和 年 月 日

※フリガナ			※性別		
※氏名	(印)		男 ・ 女		
※生年月日	T S H	年	月	日	歳
※住所	〒 -				備考
※電話番号	( )				
FAX番号	( )				
※携帯番号	( )				
※現在お持ちの介護系資格(いずれかに○)	1 なし ・ 2 ホームヘルパー1級 ・ 3 ホームヘルパー2級 ・ 4 介護職員初任者研修 ・ 5 ホームヘルパー3級 6 介護職員基礎研修 ・ 7 喀痰吸引等研修				
勤務先名					

※受講希望コースNo	第1希望	第 回	第2希望	第 回	第3希望	第 回
※通信方法(いずれかに○)	Web学習コース(e-ラーニング) ・ 筆記通信コース					

教育訓練給付金制度のご利用	
教育訓練給付金制度について ( 申請する ・ 申請しない )	
対象者:	1 雇用保険を3年以上支払われている方 2 雇用保険を1年以上支払われている方で、教育訓練給付制度を初めて利用される方

割引利用			
ご紹介者名	修了生 ・ 啓信会職員(いずれかに○) 様	グループ	2名～4名 ・ 5名様以上(いずれかに○) 代表者名 様
当スクールでの受講歴	あり(受講講座名 ) ・ なし		PSナンバー (パートナーシップ法人の方のみご記入ください。)

事業所処理欄

受講料				
1	一括支払	円 月 日	※ 分割ご希望の方はご相談下さい。手数料等はございません。 ※	
2	分割	円 月 日	円 月 日	円 月 日

受講No.	受付日	確認書送付	入金日	教材引渡	修了証書写し	重説・学則承諾書	受講料総額	身分証明書	担当者
	/	/	/	/	/	/	円	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他	
備考							HP		