

【 東京都健康長寿医療センター指定 】

介護予防運動指導員養成講習 受講申込書

受講案内の記載内容について理解の上、受講を申し込みます。

太枠内の必要事項に記入・○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			男 ・ 女	
※ 生年月日	S ・ H	年	月	日 歳
※ 住所	〒 -			備考
※ 電話番号	()			
FAX番号	()			
※ 携帯番号	()			
勤務先名			実務経験年数	年 ヶ月

※現在お持ちの資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 栄養士・管理栄養士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士等 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修またはホームヘルパー2級修了以上で、実務経験2年以上 <input type="checkbox"/> その他資格() <input type="checkbox"/> 上記国家資格の養成校等の卒業見込みかつ資格取得見込み者
※受講希望クラス	第 回

割引利用			
当スクール受講歴	あり・なし (いずれかに○) (受講講座:)	ご紹介者名	修了生・啓信会職員 (いずれかに○) 様
パートナーシップナンバー	P	支払方法 (いずれかに○)	法人払い ・ 個人払い

【 事務処理欄 】

受講料							
総額	円	月 日	円	月 日	円	月 日	円
入金完了日	/	現金・振込	領収証No.	現金・振込	領収証No.	現金・振込	領収証No.
確認事項・提出物等							
受講生No.	受付日	確認書送付日	資格証写し	実務経験証明	身分証	備考	担当者
	/	/	/	/	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他		