令和6年度
慈光園「介護福祉士」実務者養成研修 受講申込書

※ 開講条件（受講者5名以上）を承諾し、下記のとおり受講を申し込みます。

ふりがな		顔写真を貼付 高さ4.5cm幅3.5cm以内
氏名		
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）	
住所	〒　　－ 電話番号:　　携帯電話番号:	
最終学歴	学　校　名	卒業年月
職業	勤務先、学校名等	所 在 地
修了研修・資格等	受講科目の免除を希望する方は記入してください。なお、「修了証」の写しを添付してください。 対象研修は「介護職員初任者研修」「訪問介護員研修」などです。	

※ 受講にあたり、ご誓約いただける場合は下記に署名をお願いします。

誓約書

私は、介護福祉士実務者養成研修の受講を申し込みます。

受講中は講師や担当職員の指示に従い、学則を遵守し誠実に受講することを誓約いたします。

令和　年　月　日

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 本人確認のため運転免許証又は健康保険証等の身分証明書の写しを添付してください。（No.　　）