

(様式1)

学校法人 悠久崇徳学園 長岡看護福祉専門学校
介護福祉士実務者研修

入学申込書

以下の全ての項目を黒のボールペン等消えないもので記入してください。

(選択肢がある項目については、該当する□にレ点を付けてください)

記入日	平成 年 月 日	入学希望回	平成 29 年度 (第 1 回)		
フリガナ			印	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏名	(姓)	(名)			
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生			年齢	歳
フリガナ					
入学者住所	〒 -				
電話番号	(自宅) - -		(携帯) - -		
科目免除に 関わる資格 等	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成2級課程修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成3級課程修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者 <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修修了者 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修1・2号修了者 <p style="text-align: center;">※ 修了証のコピーを必ず添付してください。</p>				
介護業務 経験年数	年 ヶ月		介護福祉士の 受験	第 回 (平成 年)	
勤務先	(名称)				
	(住所) 〒 -				
	(電話) - -		(FAX) - -		
保護者氏名 (続柄)	保護者氏名 (続柄)				
保護者住所 電話番号	保護者住所				
※入学希望者が20歳未満の場合記入	電話番号 () -				
研修機関記入欄	整理番号		決定 ・ 不決定		