

(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 30 年度 (第 1 回)	
フリガナ			印	写真 4cm×3cm ※3か月以内撮影
氏名	(姓)	(名)		
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生 ( 歳)		性 別	正面上半身、脱帽、 背景なし
			<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
フリガナ				
入学者住所	〒 ー			
電話番号	(自宅) ー ー	(携帯)	ー ー	
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 月	介護福祉士の 受験	第 回 (平成 年)	
勤務先	(名称)			
	(住所) 〒 ー			
	(電話) ー ー	(FAX)	ー ー	
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 ( )			ー
研修機関記入欄	整理番号		決定 ・ 不決定	