

FAX または郵送してください

| | | | |
|-------------|--|-------------|--|
| の 場 合 | <p>★FAX の場合は必ずお電話にて 受信のご確認をお願いいたします。</p> <p>FAX 0721-52-4747 電話 0721-52-4141</p> | の 場 合 | <p>＜封筒の書き方＞ 〒586-8511 大阪府河内長野市小山田町1685 大阪千代田短期大学 福祉実務研修センター宛</p> |
|-------------|--|-------------|--|

平成 27 年度 **介 護 福 祉 士 筆 記 試 験 サ ポ ー ト 申 込 書** (模試・講座)

下記の情報で受講管理をいたしますので、正確にご記入ください **申込日**：平成 27 年 月 日

| | | | | | |
|------------------------------------|--|------|---|---|-----------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| ご氏名 | | | | | |
| 現住所 | 〒 — | | | | |
| 連絡先電話番号 | () — | | | | 性別 男・女 |
| FAX 番号 | ※受験・受講の可否通知送付先(記載なき場合は、郵送いたします) () — | | | | |
| 勤務先法人名 | | | | | |
| 施設・事業所等名 | | | | | |
| 所在地 | 〒 — | | | | |
| 申込内容 ※□に✓を記入 してください。 | 模擬試験 <input type="checkbox"/> 第 1 回 + 第 2 回 <input type="checkbox"/> 第 1 回のみ <input type="checkbox"/> 第 2 回のみ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ポイント総まとめ講座 | | | | |
| 模擬試験の 成績表送付先 ※模擬試験 お申込者のみ | 上記に加え、以下の日程の「ミニミニ学習法講座」+テキスト類紹介等も申し込みます <input type="checkbox"/> 8月22日(土)午後4時～午後5時 <input type="checkbox"/> 9月26日(土)午前10時～午前11時 | | | | |
| | ※□に✓を記入してください。記載なき場合は上記「現住所」へ送付いたします。 <input type="checkbox"/> 上記「現住所」 <input type="checkbox"/> 上記「勤務先」 <input type="checkbox"/> その他 ※以下へ記入してください。 〒 — | | | | |

所持資格等の□に✓を記入してください。

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 所持資格なし | <input type="checkbox"/> 訪問介護員 1 級 | <input type="checkbox"/> 訪問介護員 2 級 | <input type="checkbox"/> 訪問介護員 3 級 |
| <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 | <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 | <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修 | <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 |

該当する方は□に✓を記入してください。

- 本学「介護福祉士実務者研修(通信課程)」申込者 本学「介護技術講習会」申込者

個人情報、本学運営以外の目的に使用することはありません。また、法令に従って責任をもって管理いたします。

<本学使用欄>

| | | | | | | |
|-----|----|---|---|---|-----|------|
| 受 付 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 受付者 | 受理番号 |
|-----|----|---|---|---|-----|------|