

# 介護福祉士実務者研修受講申込み書 【ながの教室】

開催日				
自宅学習開始	令和元年7月1日(月)			
スクーリング (通学8日間)	①	令和元年9月8日(日)	⑤	令和元年11月30日(土)
	②	令和元年9月30日(月)	⑥	令和元年12月14日(土)
	③	令和元年10月22日(火)	⑦	令和元年10月1日(火)～
	④	令和元年11月9日(土)	⑧	12月23日(月)で2日間 (医療的ケア)

※上記日程での受講が難しい方は代替受講または補講で対応できますのでご相談下さい。

## 【 お申込み期限: 令和元年6月30日(日) 】

お申込み方法

お電話にて申込み

**☎0120-916-513**

ホームページにて申込み

ホームページ→かいごの学校→各種研修スケジュール→  
該当研修をクリック→申込フォーム→送信

<http://www.kita-alps.org/school/>

北アルプスの風

検索

FAXにて申込み

下記要項をご記入の上、FAXにて送信下さい。

**FAX: 0263-31-6022**

※全ての情報を記入お願いします。

介護福祉士実務者研修 受講案内書を送付願います。

フリガナ お名前			支払い ○を付けて下さい	<input checked="" type="radio"/> 一括	<input type="radio"/> 分割
ご住所	〒 -				
連絡先	TEL ( )	携帯 ( )			
	FAX ( )	mail			
ご希望の コース ○を付けて下さい	<input checked="" type="radio"/> 標準コース	<input checked="" type="radio"/> 資格保有	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級	<input type="radio"/> 特割コース	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級
	保有資格 <input type="checkbox"/> の中にチェックを付けて下さい		保有資格 <input type="checkbox"/> の中にチェックを付けて下さい		
勤務先					
勤務先住所	〒 -				

### 【個人情報の取り扱いについて】

本申込書にいただいた個人情報は、個人情報保護法及び当法人の個人情報保護方針に基づき適正に管理し、保護し、目的以外の利用や第三者への提供は行いません。いただいた個人情報の照会・訂正・追加・削除等については下記までご連絡ください。ご本人であることを確認した後に、合理的な範囲で速やかに対応いたします。