

受講者番号

受講申込書					
区分	2026年度 介護福祉士実務者研修 [通信課程]				
フリガナ					
氏名					
生年月日	(西暦)				
性別					
現住所	〒				
電話					
学歴	高等学校以降を、時期の古い物から順に西暦でご記入ください				
	学校名	科 / 学部	入学年月	卒業年月	
就業履歴	実務経験年数の算定に必要となりますので、時期の古い物から順に西暦でご記入ください				
	勤務先(事業所名)	職種	入社年月	退社年月	
資格等	修了済みの研修等、該当する番号の全てに○をつけてください (該当者のみ) 修了済み研修の <u>修了証明書(有資格者は免許証/登録証)の写しを添付</u> してください				
	1 介護職員基礎研修修了者	7 訪問介護員3級課程修了者			
	2 訪問介護員1級課程修了者	8 介護に関する入門的研修修了者			
	3 訪問介護員2級課程修了者	9 認知症実践者研修修了者			
	4 介護職員初任者研修修了者	10 有資格者[ 看護師 / 介護福祉士 ]			
	5 喀痰吸引等研修修了者	11 該当なし			
	6 生活援助従事者研修修了者				

## 注意事項

- \* 鉛筆を除く黒の筆記具(ボールペン推奨、消せるボールペンは不可)を使用し、楷書でわかりやすく自筆で書くこと