

<提出用>

各々で記入の上、提出下さい  
令和 年 月 日

## 介護福祉士実務者研修受講申込書

介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます。

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	男・女	
住所	〒 -		
連絡先	固定 - - 携帯 - -		
緊急連絡先	連絡先 - - 氏名	続柄 ( )	
E-mail アドレス			
勤務先			
修了研修 (所有資格にレ点を 付けてください)	<input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修1級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修2級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修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"/> 認知症介護実践者研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修		
割引適用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※成華園福祉学院 初任者研修修了者は有にレ点を付けて下さい。		

・受講の決定は、この「受講申込書」・「受講理由のレポート（字数自由）」の提出及び、受講料納付の確認をもってなされます。

・既納の受講料及びその他費用の返還は、一切行いませんので予めご了承ください。

・スクーリングを途中で欠席された場合は、補講を受講されるか、他コースの同じ授業を補習してください。（1日目までは無料、2日目より1時間1,000円となります）

・通信課程は、指定締切日までに提出して頂く必要があります。70点が合格ラインの為、不合格の場合は再提出して頂きます。

課題提出期限を過ぎた場合、スクーリングに参加できませんのでご注意ください。

・演習評価（介護過程Ⅲ：実技・筆記、医療的ケア：実技）は、70点が合格ラインです。不合格の場合は補習後、再試験となります。（補習・再試験とも有料1時間1,000円）

・受講途中で各講師が実務者研修取得に不適切と判断された場合は退学処分となる場合がありますのでご了承ください。

(福)正和会 介護福祉士実務者研修講座事務局  
〒319-1222 茨城県日立市久慈町4丁目19番21号  
TEL 0294-33-7185 FAX 0294-53-9222