

(提出書類)

受講申込書

写真貼付欄

- ・ 3 cm×4 cm
- ・ 上半身正面・脱帽
- ・ 最近3ヶ月以内に撮影したもの

1. ※欄は本校記入欄
2. 選択欄は該当のものに○印を付してください。

※受付欄

| | | | |
|--------------------|--|-----------------------------|---|
| 記入年月日 | 年 月 日 | ※受講番号 | |
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 (自署・押印) | Ⓜ | 男・女 | 西暦 年 月 日 |
| 現住所 | 〒 | TEL() | — |
| | | 携帯電話() | — |
| | | (番地・マンション名等も正確に記入してください。) | |
| メールアドレス | @ | | (携帯可) |
| 勤務先名称 | | TEL() | — |
| 昼間の連絡先 (いずれかに○) | 自宅・携帯・勤務先・その他 | TEL() | — |
| 受講申込 | ※別紙「開講スケジュール&コース選択」にてコースを決定の上、下記にコードをご記入ください。 | | |
| | 申込区分 | コード | ※備考(コード) |
| | ①開講日程選択 | | A日程・B日程・C日程・D日程・E日程 |
| | ②スクーリング選択 | | S1、S2、S3 |
| | ③申込みコース選択 | | A0…全科目、A1…初任者研修、A2…ヘルパー3級、 A3…ヘルパー2級、A4…ヘルパー1級、A5…基礎研修 |
| ④その他の免除科目選択 | | Z01…喀痰吸引、Z02…認知症 | |
| 誓約書 | 学校長 殿 受講に際し、貴学の規則を遵守し、勉学に勤めます。又、これに反した場合はいかなる処分にも応じることをここに誓います。 年 月 日 本人署名 Ⓜ | | |
| 確認項目 | ①介護の実務経験年数(※申込時) | (年 月) | |
| | ②介護福祉士国家試験の受験(筆記)予定 | (年 1月) | |
| | ③本校の実務者研修について | いつ頃知ったか (年 月頃) | |
| | なにで知ったか () | | |
| | 決定に至った一番の理由 () | | |
| 支払方法 | | <input type="checkbox"/> 一括 | <input type="checkbox"/> 分割(2回) |
| 教育訓練給付制度 | | 希望する | 希望しない ・ 対象外 |

※本申込書と一緒に、以下の資料を添付してください。

- ①修了済研修の「修了証」の写し(該当者のみ)
- ②本人であることを証明する書類(免許証・健康保険証・パスポートなどの写しのいずれか)
免許証の裏面に記載がある場合は、その写しも添付してください。

(提出書類)

受講申込書 (記入例)



3. ※欄は本校記入欄

4. 選択欄は該当のものに○印を付してください。

※受付欄

| | | | |
|--------------------|--|--------------------------------------|-------------------|
| 記入年月日 | 2021年 4月 1日 | ※受講番号 | |
| フリガナ | むいかいち まなぶ | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 (自署・押印) | 六日市学 | <input checked="" type="radio"/> 男・女 | 西暦 1993年 4月 1日 |
| 現住所 | 〒699-5521 島根県鹿足郡吉賀町真田1120 TEL(0856)78-1232 携帯電話(0856)78-1231 (番地・マンション名等も正確に記入してください。) | | |
| メールアドレス | info@mgakuen.ac.jp (携帯可) | | |
| 勤務先名称 | 学校法人 六日市学園 TEL(0856)78-1232 | | |
| 昼間の連絡先 (いずれかに○) | 自宅・携帯・ <input checked="" type="radio"/> 勤務先・その他 TEL(0856)78-1232 | | |
| 受講申込 | ※別紙「開講スケジュール&コース選択」にてコースを決定の上、下記にコードをご記入ください。 | | |
| | 申込区分 | コード | |
| | ①開講日程選択 | B日程 | A日程・B日程 |
| | ②スクーリング選択 | S1 | S1、S2、S3 |
| | ③申込みコース選択 | A1 | A0…全科目、A1… A3… |
| ④その他の免除科目選択 | Z01 | Z01…喀痰吸引、Z02…認知症 | |
| 誓約書 | 学校長 殿 受講に際し、貴学の規則を遵守し、勉学に勤 処分にも応じることをここに誓います。 2020年 4月 1日 本人署名 六日市学 | | |
| 確認項目 | ①介護の実務経験年数(※申込時) (3年 1ヶ月) | | |
| | ②介護福祉士国家試験の受験(筆記)予定 (2021年 1月) | | |
| | ③本校の実務者研修について いつ頃知ったか(2021年 2月頃) なにで知ったか(勤務先からの紹介で 決定に至った一番の理由(自宅から通 | | |
| 支払方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割(2回) | | |
| 教育訓練給付制度 | <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 対象外 | | |

「②スクーリング選択」…ご希望のスクーリング日程をご記入ください。お申し込み後にご都合が悪くなった場合は、他会場でふり替え受講をすることが可能です。

「③申し込みコース選択」…受講料や国家試験の受験資格にも関わって来ますので、現在所持されている資格をご確認の上、お間違えの無いようにご記入ください。

「④その他の免除科目選択」…既に他研修等で修了されており、免除になる科目がある場合はご記入ください。何もなければ空白で大丈夫です。

分割払いをご希望の場合は2回払い(半額ずつ)となります。1回目は開講までにお支払い頂き、2回目は開講後3ヶ月以内にお支払い頂く形になります。

※本申

① 「教育訓練給付制度」とは、一定の条件を満たした方が厚生労働大臣の指定する講座を受講し修了した場合、支払った学費のうち20%(最大10万円)

② がハローワークから支給される制度です。またオリエンテーションでもご説明させていただきますので現時点でご不明の場合は未記入でも大丈夫です。