

静岡福祉医療専門学校

・「介護実務者研修科」  
 ・「介護職員初任者研修講座」  
 受講申込書  
 (どちらかを=で消す)

受付番号 ※	受付年月日 ※
	年 月 日

※学校での記載欄の為、記入不要です。

フリガナ				写真添付 1. 写真裏面に氏名記入 2. スピード写真不可 3. 6ヶ月以内に撮影のもの 4. 脱帽正面上半身 5. 縦4cm×横3cm	
氏名	印				
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)	性別		男・女
フリガナ					
住所	〒	—	県	市	
電話番号	—	—	携帯電話	— —	
メールアドレス	@				
出身高校	高等学校		科 /	年 月 卒業 卒業見込	
その他学歴	※上記以外の学歴等ある場合記入(校名と学部を記入。高卒認定合格者は取得年月日を記入) 年 月～ 年 月				
職歴	※職歴がある場合記入(会社名と職種) 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月				
既往症 ある・なし ○で囲む	※ある場合には詳細に記入(診断書添付)				
資格の有無	<input type="radio"/> 初任者研修修了者	<input type="radio"/> 訪問介護員養成研修修了者( )級	<input type="radio"/> 介護職員基礎研修修了者		
申請者に問題が生じた場合に保証してもらえない 保護者(※未成年者のみ記入)	フリガナ				本人との続柄
	氏名	印			
	フリガナ				
	住所	〒	—	県	市

添付書類①身分証明書コピー 【記入上の注意】  
 ②ある場合は資格証書コピー□

- ※印欄を除き、もれなく楷書で記入すること。
- 黒ボールペンで記入すること。
- 数字・フリガナ欄は左に寄せて記入すること。
- 裏面受講希望についても記入すること。