

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					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">写真添付</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">1. 写真裏面に氏名記入</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">2. スピード写真不可</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">3. 6ヶ月以内に撮影のもの</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">4. 脱帽正面上半身</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">5. 縦4cm×横3cm</p> </div>	
氏名	印					
生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)		性別
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	
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方	フリガナ					本人との続柄
	氏名	印				
	フリガナ					
	住所	〒	—			県

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□

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

# 静岡福祉医療専門学校

## 介護実務者研修科 受講希望調査

受講希望の期間、スクーリング日程についてご記入ください。  
各期ごと初回のオリエンテーション時に詳細をお知らせします。

希望受講期間 ( )内に希望順位を記入	1期:5月開講コース( ) 6/1(金)～11/30(金)	2期:7月開講コース( ) 7/1(日)～12/31(月)
	3期:9月開講コース( ) 9/1(土)～2/28(木)	5期:10月開講コース( ) 10/1(月)～3/31(日)

■スクーリング日程 ※【介護過程】は併せて5日間、【医療的ケア】は2日間。

内容	希望	期間	内容	希望	期間
【介護過程】 希望受講期間中の ㉗～㉚の中から2日間 希望欄に○を記入		㉗ 8/23(木)・24(金)	【介護過程】 希望受講期間中の ㉑～㉔の中から3日間 希望欄に○を記入		① 8/29(水)・30(木)・31(金)
		㉘ 10/23(火)・24(水)			② 10/29(月)・30(火)・31(水)
		㉙ 11/6(火)・7(水)			③ 11/14(水)・15(木)・16(金)
		㉚ 1/16(水)・17(木)			④ 1/23(火)・24(水)・25(木)
【医療的ケア】 希望受講期間中の ㉓～㉔の中から2日間 希望欄に○を記入		㉓ 9/4(火)・5(水)			
		㉔ 10/25(木)・26(金)			
		㉕ 11/8(木)・9(金)			
		㉖ 2/6(水)・7(木)			

上記希望日で確定ではありません。多少前後する場合がありますので、ご了承下さい。

## 介護職員初任者研修講座 受講希望調査

希望受講期間 ( )内に希望順位を記入	第1期:( ) 4/23(月)～5/30(水)
	第2期:( ) 7/4(水)～8/8(水)