

## 平成30年度 介護福祉士実務者研修【通信課程】受講申込書

ふりがな				性別	男・女
受講者氏名					
生年月日	(西暦) 年 月 日生( )歳				
住所	〒 -				
連絡先	電話番号		E-mail		
勤務先	事業所名		電話番号		
	職種		介護職としての 実務年数		
保有資格 該当に○を	1.介護職員初任者研修 2.訪問介護員養成研修1級 3.訪問介護員養成研修2級 4.介護職員基礎研修 5.喀痰吸引等研修(1号もしくは2号) ※保有資格により免除科目、受講料が異なります。保有資格が証明できる書類の提出をお願いします				
国家試験 受講予定	( )平成30年度⇒平成31年1月 ( )それ以降 年度受験予定				

すべての欄にご記入をいただき、下記までお送りください。

申込内容を確認後、受講決定書の発行、受講料のお支払となります。

受講申込書送付先

〒105-0014

東京都港区芝2-30-11 B棟4階カンファレンススクエア芝

株式会社コミュニケーションプラス

問い合わせ先

03-6459-4192