

様式 J-1

※受付番号(学校記入)

年 月 日 出願

実務者研修科(通信課程)入学志願票

ふりがな				上半身の写真貼付欄 縦 4cm×横 3cm (撮影後3ヶ月以内) 裏面に氏名を記入し 貼ってください
氏 名	Ⓜ			
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生	年齢	歳	
住 所	〒 (府 県)			
電話番号	(自宅)	(本人携帯電話)		
緊急時の 連絡先	本人 上記以外で日中連絡のとれるところ () 様方・勤務先 電話番号			
	本人 以外	ふりがな 氏 名	電話 番号	本人との 関係
学 歴	(昭和 平成) 年 月 中学卒業			
	(昭和・平成) 年 月 _____ 高等学校卒業(卒業・卒業見込)			
	(昭和・平成) 年 月 高等学校卒業程度検定試験 (合格・合格見込)			
	(昭和・平成) 年 月 _____ (大学・短大・専門学校)(卒業・卒業見込)			
勤務先	勤務先名	勤務先への連絡	可 ・ 否	
	該当する種別に○をつけてください 1 高齢者関連施設 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・通所介護事業所 訪問介護事業所・養護老人ホーム・その他() 2 障害者関連施設 身体障害者更生援護施設・知的障害者援護施設 その他() 3 児童関連施設 障害児入所施設・その他() 4 その他の介護施設 () 5 医療機関 病院・診療所 6 その他 () 該当する職種に○をつけてください 介護職・相談職・保育士・看護職・その他()			
取得資格等	既に取得されている資格や受講済みの研修があれば該当するものに○をつけてください () 介護職員基礎研修 () 介護職員初任者研修 () 認知症実践者研修 () 訪問介護員 1 級 () 訪問介護員 2 級 () その他()			
納入方法	一括	分割		
受講形態	印刷教材	e-ラーニング	希望開講コース	10月 1日開講コース