＊受付NO,

＊は記入しないでください。

年　月　日出願

「（株）健康会介護福祉士実務者研修（通信課）」入学願書

（株)健康会介護福祉士実務者研修センターあけぼの

入学時期	・　　年　　月開講コース ・その他 （希望のクラスを〇で囲んでください）				写真①添付
フリガナ 名前	姓　　名	印	電話番号	自宅 携帯	
所属事業所	GH・MH・HS・DS	勤続年数	年　　ヶ月	役職：	
現住所	〒　　ー 北海道 （番地、集合住宅名、号棟、室番号、〇〇様方まで）				
生年月日	年　　月　　日生	年齢	歳	性別	男　・　女
本人以外の緊急連絡先	フリガナ 名前		電話番号		本人との関係
取得済み資格・研修	＊取得済みの資格について、該当する番号に〇印をつけてください。 1、ホームヘルパー1級　　2、ホームヘルパー2級 3、介護職員初任者研修　　4、ホームヘルパー3級 5、取得資格なし　　6、その他　（				
学歴	最終学歴を記入してください。 昭和 平成　　年　　月　　中学校 高等学校 専門学校　　卒業 短大・大学				
介護福祉士を目指す理由					
医療的ケア	喀痰吸引等の実地研修　　希望する　　希望しない				
誓約書	入学の際は、建学の精神を尊重し、学則を遵守します。 年　　月　　日 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印				