

介護福祉士実務者研修通信課程受講申込書（4月開講6ヶ月コース）

フリガナ			男 ・ 女
氏 名	印		
生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日生	歳
現住所	〒 群馬県		
電話番号	自宅	— —	携帯 — —
メールアドレス			
職 歴	※介護職として従事した職歴をご記入ください		
施設(事業所)名	勤務期間	勤務年数	
	～	年 ヶ月	
	～		
	～		
	～		
	～		

※ご記入いただいた個人情報は、スマイル渋川校実務者研修の学生管理の目的以外で使用しません。

◇志望動機

--

オリエンテーション希望日	<input type="checkbox"/> 3月 20日(水)14時	<input type="checkbox"/> 3月 27日(水)10時
--------------	---------------------------------------	---------------------------------------

※いずれかにチェックを入れてください

※必ず資格証の写しを同封して下さい。

※学校使用欄	受付番号	担当: _____
--------	------	-----------