

「 介護福祉士 実務者研修申込書 」

教育給付金制度適用 (受講条件 有)

受付 年 月 日

フリガナ			生年月日		歳	性別	男	女
名前	姓	名	(電話番号)			(携帯番号)		
			(メールアドレス)					
介護職への従事 国家資格に ついて	現在 従事年月	年 ヶ 月	従事期間 3年かつ 従事日数 540日に 満たす予定日	介護福祉士国家試験受験 (予定)		平成 年 1 月		
勤務先 について	勤務先 施設名称	1 正社員 2 非正社員、派遣社員 3 その他の就業 (
	電話番号							
	チャンスを選んだ理由	1. 広告チラシ	2. HP	3. ケアナビ	4. 友人 (
	チャンス修了生紹介欄	氏 名	実務者研修	年 月	修了生	自宅 ☎		
						携帯番号		
	■ 勤務先及び職種について、該当する番号に○印をつけてください。			※ 取得済み資格・研修について、該当する番号に○印				受講料
現在の職業 勤務先 就業期間	(1)老人関連施設	・特養 ・老建 ・グループホーム等		①訪問介護員2級課程修了者		138,000円		
	(2)障害者支援施設			②介護職員初任者研修課程		138,000円		
	(3)児童関連施設			③訪問介護員1級課程修了者		80,000円		
	(4)病院関係			④介護職員基礎ケ研修課程修了者 (医療的ケア研修のみ)		50,000円		
	(5)その他							
		年 月	～	年 月				
健康状態	①良好 ②普通 ③その他 ()							
希望教室	第1希望	教室		第2希望	教室			
		月	クラス		月	クラス		
該当する箇所に ○をつけてください	教育給付金制度 (有 ・ 無) 支給要件あり							
	※ 雇用保険加入者(支給要件期間が3年以上の者。ただし、初回に限り、1年以上の者。又は、一般被保険者資格喪失から1年以内)が該当修了した場合、受講者本人が教育訓練施設に支払った費用の20%に相当する額がハローワークから支給されます。							
※ 介護福祉士の資格取得を目指す理由を必ずご記入ください。								

※申込時本人確認の身分証明書の写し) 運転免許証又は保険証・住民票の写し) 資格証明書の写し提出

※ 人数に満たない場合、次回開催となる場合があります。予めご了承ください。

また、定員になり次第締め切りとさせていただきます。

株式会社チャンス 介護資格講座 チャンス

お申し込み ⇒ ☎ 029-873-0908

お問い合わせ FAX 029-873-0958

〒
住所

本人自筆の署名

印