研　修　願　書

※ご希望する研修にチェックを入れて下さい。

□介護職員初任者研修（通学制）　□介護福祉士実務者研修（通信制）

ふりがな		性　別	受付日	受付印
氏　　名		男　・　女		
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生	年　齢 （　　）歳	受付番号	
現住所	〒			
連絡先	自宅	携帯	緊急連絡先（続柄） （　　）	

勤務先	勤務先名	
	住所　〒	
	連絡先 ＴＥＬ	ＦＡＸ

介護経験	無　・　有　（有の場合　　年　　ヶ月） 介護福祉士実務者研修を受講する方はチェックして下さい。 実務者研修修了見込証明書（今年度、介護福祉士国家試験を受験する方は必要です。） □希望　□不要
所有資格 修了済講習等	□　介護職員基礎研修課程　□　介護職員初任者研修課程　□無資格 □　訪問介護員１級課程　□　認知症実践者研修 □　訪問介護員２級課程　□　喀痰吸引等研修

お支払方法	□　一括払い（事務局窓口で現金払い　・　口座振り込み） ＊初任者研修は、開講当日に現金支払いとなります。 □　給与天引き（＊テキスト代は一括払、分割は３回払いまで） ＊医療法人・社会福祉法人心泉会　職員のみ適用となります。

※ご記入後、下記送り先まで郵送下さい。

送り先
〒３９０－０８２３　長野県松本市中山７４９４－８
介護老人保健施設ローズガーデン　資格講座事務局
担当：赤羽・傳刀　宛

≪提出物≫✓を記入して下さい。

□　研修願書
□　身分証明書の写し
（運転免許証・健康保険証・パススポート等）
□　修了済講習がある場合、修了証明書の写し