

# 入学願書

医療法人社団春日会介護福祉士実務者養成施設 施設長 殿

受付番号	
受付年月日	年 月 日

貴施設に入学いたしたくお願いいたします。

ふりがな				写真 4cm×3cm	
氏名					
生年月日	年 月 日 (満 )歳	性別	男性・女性		
住所	〒 -				
電話番号			メールアドレス		
緊急 連絡先	ふりがな			電話番号	
	氏名			本人との 関係	
勤務先 (本人の)				電話番号	
実務経験			受講 コース	医療法人社団春日会 介護福祉士実務者研修 2024年度コース	

所有資格及び支払い方法について、該当する番号に○印をつけてください。

	所有資格	受講料(テキスト代込)	支払方法(振込み)
1	無資格者	154,000円(税込)	1. 一括払い 2. 三回払い
2	介護職員初任者研修修了者	110,000円(税込)	
3	ホームヘルパー2級修了者	110,000円(税込)	
4	ホームヘルパー1級修了者	77,000円(税込)	
5	介護職員基礎研修修了者	38,500円(税込)	

- ・入学願書受付後に「振込案内書」を送付いたします。
- ・「振込案内書」が届きましたら、14日以内に指定口座に指定金額をご入金ください。
- ・振込手数料はご自身でご負担ください。

## 【個人情報について】

- ・個人情報は、資料送付及び学習に必要な情報をお知らせするために使用させていただきます。

## 【申込時の確認事項】

- 入学願書は該当する部分に漏れなくご記入ください。
- 入学願書に受講生本人の顔写真(縦4cm×横3cm)を貼付してください。
- 身分証明書(免許証等)の写しを添付してください。
- 所有されている資格者証の写しを添付してください。