

年度

No.

実務者研修（通信教育）課程入学願書

田原福祉グローバル専門学校長 様

フリガナ		男・女	生年 月日	年 月 日生 (歳)
氏名				
フリガナ				
現住所	〒 TEL※ ¹ () -			
研 修 コ ー ス	所有する資格名(○印)	発行機関	研修時間	
	()なし		4 6 2 時間	
	()喀痰吸引等研修		4 0 0 時間	
	()介護職員初任者研修		3 3 2 時間	
	()訪問介護員 3 級		4 3 2 時間	
	()訪問介護員 2 級		3 3 2 時間	
	()訪問介護員 1 級		1 0 7 時間	
	()介護職員基礎研修		6 2 時間	
	()生活援助従事者研修		4 2 2 時間	
	()介護に関する入門的研修		4 4 2 時間	
	()		() 時間	
スクーリング会場				
□田原地区：田原福祉グローバル専門学校（田原市田原町地内） □豊田地区：特別養護老人ホームひまわりの街（豊田市本町地内） □知多地区：複合福祉施設木田の里（東海市大田町地内） *希望する会場に☑を記載してください。				
所 属	施設名			
	住 所		電 話	
職 歴	年 月から	年 月まで		
	年 月から	年 月まで		
	年 月から	年 月まで		
	年 月から	年 月まで		
	年 月から	年 月まで		

(添付書類) 身分を証明する証明書及び資格を証明する証明書

※¹電話番号は、日中連絡のとれるものを記載してください。