



介護職員初任者研修 申込書

FAX : 06-6170-6711

申込日 年 月 日

フリガナ 氏名:住民票通り			男 女
生年月日	和暦	昭和 平成	年 月 日 (歳)
自宅住所	〒		
電話番号 (携帯番号)	①	②	
申込希望コース	介護職員初任者研修		月 コース
振込名義 (申込者と違う場合)			

※領収証は振込名義と同一名義のみ1回限り発行いたします

申込締切日：各コース 第1回（開講日）4日前
 申込締切日を過ぎての受講希望の方は、ご相談ください

介護職員初任者研修 研修スケジュール

	時 間	内 容
第1回	9:30~17:00	講義
第2回	9:30~17:30	講義
第3回	9:30~16:30	講義
第4回	9:30~16:30	講義
第5回	9:30~16:30	講義
第6回	9:30~16:30	講義
第7回	9:30~17:30	講義・実技
第8回	9:30~17:30	実技
第9回	9:30~17:30	実技
第10回	9:30~17:30	実技
第11回	9:30~17:30	実技
第12回	9:30~16:30	実技
第13回	9:30~15:30	講義・実技
第14回	9:30~15:30	講義・実技
第15回	9:30~16:15	講義

- ・講義は、全15日間の出席が必要です。
- ・欠席された場合は、別コースで補講を受けて頂きますので、ご相談ください。
- ・申込書の情報に関しては、適切に管理・保管を行い、
「ケアソウル かのん」からの連絡および資料の送付に使用致します。