

「 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	(友人紹介)	1. 広告チラシ	2. HP	3. ケアナビ	4. その他 ()		
	■ 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	85,000円 (税別)		
		(2)障害者支援施設			②介護職員初任者研修課程	85,000円 (税別)		
(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。

※ 貸付金制度及び教育給付金の併用はできませんので予めご了承ください。

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

㊞