

【 東京都健康長寿医療センター指定 】

介護予防運動指導員養成講習 受講申込書

太枠内の必要事項に記入・○印を付けてください。※印は必ず記入してください。 記入日：令和 年 月 日

フリガナ				※性別		備考	
※氏名	印			男 ・ 女			
※生年月日	T	S	H	年	月		日
※住所	〒 -						
※電話番号	()						
※FAX番号	()						
※携帯番号	()						
※実務経験年数	年	ヶ月	勤務先名				
※現在お持ちの資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゆう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 栄養士・管理栄養士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士等 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修またはホームヘルパー2級修了以上で、実務経験2年以上 <input type="checkbox"/> その他資格() <input type="checkbox"/> 上記国家資格の養成校等の卒業見込みかつ資格取得見込み者						
※受講希望クラス	第1希望	第	回	第2希望	第	回	

割引利用			
ご紹介者名	修了生(受講講座) 啓信会職員(いずれかに○) 様	グループ	2名～4名 ・ 5名様以上(いずれかに○) 代表者名 様
修了生(当スクールでの受講歴)	あり(受講講座名) ・ なし	PSナンバー	

※事業所処理欄

受講料												
1	一括支払	月	日	入金 予定	2	2回分割	月	日	入金 予定	月	日	入金 予定
受講No.	受付日	確認書送付	入金日	資格証写し	実務経験証明	受講料総額				担当者		
	/	/	/	/	/	円						
備考:												