

実務者研修通信講座 受講申込書

※裏表の太枠内をご記入ください。*は必須項目です。

| | | | | |
|--------------------|---------------------------------|-----------|---|---|
| *フリガナ | | | *性別 | <div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; text-align: center;"> <p>*証明写真添付 縦4.5cm×横3.5cm (6か月以内)</p> </div> |
| *氏名 | | | 男・女 | |
| *生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | (満 歳) | |
| *住所 | 〒 - 都道府県 | | | * <紹介者> あり / なし 名前： 連絡先： |
| *電話番号 | *自宅 () - | *携帯 () - | ※連絡が必要な際に使用いたしますので つながる電話番号を記入してください | |
| e-mail/PC・スマホ・携帯など | @ | | | |
| *介護福祉士国家試験受験予定 | <input type="checkbox"/> 年 受験予定 | | <input type="checkbox"/> 受験予定なし | |

●法人でお申込み場合は下記を 勤務先で 記入してもらってください

| | | |
|-----|-----------|-----|
| 勤務先 | 名称 | 〒 - |
| | 電話 () - | |
| | FAX () - | |

* 所有資格に✔をいれてください

※資格は証明証と名称が間違いないことを必ず確認してください

| <input checked="" type="checkbox"/> | *保有資格 | 受講費 (税込) | 教育訓練給付金 返還金額(推定) | 法人割 20%OFF |
|-------------------------------------|------------------------|-------------|---------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 無資格 | 121,000円 | 24,200円 | 96,800円 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員初任者研修 | 93,500円 | 18,700円 | 74,800円 |
| <input type="checkbox"/> | 訪問介護員2級(ヘルパー2級) | 93,500円 | 18,700円 | 74,800円 |
| <input type="checkbox"/> | 訪問介護員3級(ヘルパー3級) | 115,000円 | 対象外 | 92,000円 |
| <input type="checkbox"/> | 訪問介護員1級(ヘルパー1級) | 72,000円 | 対象外 | 57,600円 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員基礎研修 | 55,000円 | 対象外 | 44,000円 |
| <input type="checkbox"/> | 無資格+喀痰1号 or 2号 | 100,000円 | 対象外 | 80,000円 |
| <input type="checkbox"/> | 初任者研修+喀痰1号 or 2号 | 72,000円 | 対象外 | 57,600円 |
| <input type="checkbox"/> | 初任者研修+認知症実践者研修 | 77,000円 | 対象外 | 61,600円 |
| <input type="checkbox"/> | 初任者研修+喀痰1号 or 2号+実践者研修 | 66,000円 | 対象外 | 52,800円 |
| <input type="checkbox"/> | 訪問介護2級+喀痰1号 or 2号 | 72,000円 | 対象外 | 57,600円 |
| <input type="checkbox"/> | 訪問介護2級+認知症実践者研修 | 77,000円 | 対象外 | 61,600円 |
| <input type="checkbox"/> | 訪問介護2級+喀痰1号 or 2号+実践者 | 66,000円 | 対象外 | 52,800円 |

○教育訓練給付金の利用
 ※利用条件については別紙を参考にしてください。
受講費用の20%が受講終了時に返還される制度です。
 ※詳細はお問い合わせください。

○法人割
 法人様の**名義**でお申込み、入金をされる場合**20%割引**が適用されます。
 (何名様からでも適用します)

* ●ご希望クラス（介護課程Ⅲと医療的ケア）に ✓ を付けてください

各クラスのスクーリング（通学）日程・曜日をよくご確認ください

| クラス | 介護過程Ⅲ | | | | | 医療的ケア | | | |
|----------|-------------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------------------------------------|-------|-------|
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 1日目 | 2日目 | 3日目 | 4日目 | 5日目 | <input checked="" type="checkbox"/> | 1日目 | 2日目 |
| 募集終了 | | | | | | | | | |
| 4月 土 クラス | <input type="checkbox"/> | 6/7 | 6/14 | 6/21 | 6/28 | 7/5 | <input type="checkbox"/> | 7/19 | 7/26 |
| 6月 土 クラス | <input type="checkbox"/> | 8/2 | 8/9 | 8/16 | 8/23 | 8/30 | <input type="checkbox"/> | 9/20 | 9/27 |
| 7月 土 クラス | <input type="checkbox"/> | 10/4 | 10/11 | 10/18 | 10/25 | 11/1 | <input type="checkbox"/> | 11/15 | 11/22 |
| 8月 土 クラス | <input type="checkbox"/> | 10/4 | 10/11 | 10/18 | 10/25 | 11/1 | <input type="checkbox"/> | 11/15 | 11/22 |

注意① 介護過程Ⅲのスクーリング初日に必ず出席いただかないと2回目以降の受講ができません。
その後の振替は自由です。

注意② 医療的ケアから先に受講することはできません。

| | |
|--------------------------------------|--|
| <p>* 誓約書</p> <p>署名（自筆）が必要</p> | <p style="text-align: center;">WORK ON 学園 平針校 学校長殿</p> <p>受講許可の上は、規則を守り自己の使命を全うし勉強することを誓います。 万一、本文に違背した場合は、いかなる処分に対しても異議申し立てをしないことを誓約いたします。</p> <p style="text-align: center;">* 年 月 日</p> |
|--------------------------------------|--|

※本人署名は消えないボールペンで記入してください。

※個人情報の保護と取扱いについて

この受講申込書に記載された個人情報は実務者研修に関する業務以外に使用することはありません。

申込書類添付について

下記のチェック✓部分の書類を添付し提出します

- * 実務者研修通信講座 受講申込書（この書類）
- * 身分証明書のA4サイズのコピー【運転免許証・パスポートなど顔写真付きのもの必須、ない場合のみ健康保険証】
- * 取得済みの資格証書のA4サイズのコピー（有資格者のみ）

申込書類を確認の上、に✓を付け、WORK ON 学園 平針校まで郵送または持参でお申し込みください。

| | | | | |
|-------|-----------------------|-------------------------|-------------------|-----------------|
| ご入金口座 | ナゴヤ銀行 名古屋銀行 | ヒラハリ シデン 平針支店 | 普通 5022192 | カ) ワークオン |
|-------|-----------------------|-------------------------|-------------------|-----------------|

○受講料はお振込みのみで受け付けております。お手数ですが何卒よろしくお願い致します。
（必ず**受講生名義**でお願い致します。法人名義での入金の際は旨を事務局までお伝えください）

※こちらは事務手続き用のためご記入の必要はありません。

| | |
|-----|----|
| 申込書 | 振込 |
| | |