

群馬社会福祉専門学校 介護福祉士実務者研修通信課程 入学願書

出願希望月に○を付けてください。 ( 5月 ・ 7月 ・ 9月 ・ 12月 ・ 1月 )	※本校処理欄	
	受付	
	受付番号	
	備考	

写真 4cm×3cm 無背景とする。カラー・白黒は問わない。写真裏面に氏名を明記し、貼付すること。	ふりがな		性別
	氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	
	現住所	〒	

TEL	( )	携帯	( )
-----	-----	----	-----

メールアドレス		実務経験(介護職)	年 月
---------	--	-----------	-----

勤務先	法人名等			
	事業所名			
	職種	介護職 ・ 相談員 ・ 管理職 ・ 事務員 ・ その他( )		
	住所	〒		
	電話	( )		

最終学歴	学校名			
	卒業年月	年 月	卒業・卒業見込み	

該当する出願区分に○をつけて下さい。

ア 無資格(以下のイ～カ 5つの研修いずれも未修の者)

イ 訪問介護員研修3級修了      ウ 訪問介護員研修2級修了

エ 介護職員初任者研修修了      オ 訪問介護員研修1級修了

カ 介護職員基礎研修修了      キ その他( )

※上記、出願区分を証明する資格証のコピーを添付ください。

スクーリング希望会場 (希望会場に○をつけて下さい。)	ア 元総社キャンパス    イ 両毛サテライトキャンパス
	ウ 太田会場    エ 利根・沼田会場    オ 安中・富岡・妙義会場
	カ 高崎会場 ( 榛名荘病院 ・ 泉の園 )
	※ウ～カの会場につきましては、5名以上で開講致します。
	※法人契約によるご出願の場合は、各法人様の指定した会場がスクーリング会場となります。

志望動機(以下の空欄内に記入して下さい。)