**2021年度　介護福祉士実務者研修受講申込受付書【FAX】**

|  |
| --- |
| **＊ 実務者研修のみ受講、実務者研修＋国家試験対策講座受講、国家試験対策講座のみ受講のいずれ****かに〼をお付けください。　希望教室名：【　　　　　　　　　】教室****□ 実務者研修のみ受講　　　　　　　□ 実務者研修＋国家試験対策講座を受講** |

**2022年1月 介護福祉士国家試験受験者対策講座受講受付書**

FAX送信日：　　　　年　　月　　日

**※ 下記内容にご記入のうえ、受講申込受付書のFAX送信を必ずお願いいたします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** |  | **フリガナ** |  |
| **生年月日****登録に必要** | **西暦〔　　　　　　〕年****昭和・平成　　年　　月　　日** | **性　別****登録に必要** |  | **実務経験年数****（通算）** | 　　　**年　　か月** |
| **住所(書類等送付先)****登録に必要** | **〒　　　－****都 道****府 県** |
| **電話番号／携帯番号****登録に必要** | **ご自宅電話　　　　　　　　　　　／携帯** |
| **メールアドレス****連絡・登録に必要** | 　　　　　　　　　　　　　　**＠** |
| **修了した研修等・資格****実務者研修申込の方****国家試験対策講座申込の方** | **□ 無資格者　　　　　　　□ 訪問介護員研修(ヘルパー)3級修了者****□ 初任者研修修了者　　　□ 訪問介護員研修(ヘルパー)2級修了者****□ 介護職員基礎研修修了者（500時間）****□ 介護関係以外の資格　※具体的にご記入ください。****〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　※上記の研修・資格以外に以下の研修を修了されている方は下記にも**〼をお付けください。**□ 喀痰吸引等認定特定行為業務従事者研修(第1号・2号研修)修了者****□ 認知症実践者研修修了者　　　□ 生活援助従事者研修修了者** |
| **公的受講料等支援制度の利用の確認****＊受講料分割払い****マナトモ支援****→SAISEIフォルザ****の受講支援です。** | **□ 都道府県 介護福祉士実務者研修修学資金****□ 教育訓練給付金〔一般教育訓練給付金〕****□ 教育訓練給付金〔専門実践教育訓練給付〕同封の専門実践課程説明をご確認ください。****＊専門実践教育訓練給付は,実務者研修を指定期間内で修了することが必要です。****□ 自立支援給付金事業〔母子家庭・父子家庭〕****□ 受講料分割支援(一定の規定がございます)　　□ マナトモ支援****※公的な支援制度とSAISEIフォルザの受講支援につきましては、受付書をFAX送信していただく前に下記法人携帯にご相談くださいますようお願いい申し上げます。** |
| **勤務先名** | **法人名：****施設・事業所・病院等名：** |

**〇 下記の手順でお申し込みください。**　　　　　　　　　　　　　　***受講申込他送付先* ↓切取り封筒に貼ってください**

**①　受講申込受付書をファックス　０９９－２１９－５３０２**

**②　この受付書をFAX後、必要事項を記入した同封の受講申込**

**と受講料振込証明のコピー、写真ﾀﾃ3㎝×ﾖｺ2.5㎝(1枚)、**

　**資格書のコピーを簡易書留で郵送お願いいたします。**

**受講料振込み先（*受付書FAX後*、7日以内にお振込みください）　　E-mail：sforza@saiseif.or.jp**

**鹿児島銀行　本店　普通預金　３１４３３８４　　　　　　　　　 TEL:099-219-5301 FAX:099-219-5302**

**口座名義：一般社団法人SAISEIフォルザ(ｲｯﾊﾟﾝｼｬﾀﾞﾝﾎｳｼﾞﾝｻｲｾｲﾌｫﾙｻﾞ) 法人携帯：070-2339-6127**

**＊振込手数料は申込者負担とさせていただきます。**

**〒892-0815 鹿児島市易居町1番2号**

**鹿児島市役所みなと大通り別館6F 15号**

**一般社団法人SAISEIフォルザ　行**