

2025年度「介護福祉士 実習指導者講習会」受講申込書

以下のとおり、群馬パース大学福祉専門学校主催の「介護福祉士実習指導者講習会」の受講を申し込みます。 ※身分証明書(運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード等)の写しを添付してください。

●受講日程

・2025年度研修(4日間)

●申込者

ふりがな		性 別	生年月日
氏 名		男・女	(昭和 ・ 平成) 年 月 日 (歳)
自宅住所	〒 電話番号: — —		
資 格 職 種	※資格証の写しを添付してください。	勤務年数	年 か月 ※介護職の総勤務年数をご記入ください。
受講票等郵便物の送付先(□に✓を記入) ☐ 自宅へ郵送希望 ☐ 勤務先へ郵送希望			
ほたか保健福祉専門学校・群馬パース福祉専門学校・群馬パース大学福祉専門学校の うち、いずれかを卒業した場合は右□に✓を記入し卒業年度を記載してください。 ※卒業時と苗字が違う場合は、旧姓も記載してください。(旧姓:)			☐ (年度卒業)
日中の連絡先(□に✓を記入) ☐ 携帯電話等番号(— —) ☐ 下記の勤務先			
緊急連絡をメールで行う場合がありますのでアドレスの提出をお願いいたします。 なお、本校アドレス(paz-care@paz.ac.jp)からのメールが受信できるよう設定をお願いいたします。			

●申込者の勤務先

法人名	
種 別 例: 介護老人 保健施設等	
勤務先	
勤務先 住所	〒 電話番号: — —

※受付日:

※受講者の皆様に関する個人情報、必要書類の送付等、当研修の運営管理 を目的 としての使用、その他研修等に関する情報のご案内に使用し、他の目的で使用することはありません。