

社会福祉法人巴会 ケアセンターこんぱす
介護職員初任者研修(通信課程)

受講申込書

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		性別	男・女
住所 連絡先	〒	TEL	

【所属先施設・事業所】

事業所名		
所在地 連絡先	〒	TEL

受講申込チェック表(該当する項目に必ずご記入下さい)

研修 課程	毎日コース	4月開講	5月開講	6月開講	7月開講
	水・金コース	4月開講	6月開講	※希望するコースに○をつけて下さい!	
介護経験	<input type="checkbox"/> 有り 実務経験 (年 月) <input type="checkbox"/> 無し				

■オリエンテーションに参加できます	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■16日間のスクーリング全日程に参加できます	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
■受講料振込み予定日	令和 年 月 日	

受講申込みについて
郵送又はFAXにてお申し込み下さい!

住所: 〒880-0836
宮崎市山崎町上ノ原1060番地1
ケアセンターこんぱす
FAX: 0985-83-3958



※受講料・テキスト代は期限厳守の上、
下記の口座にお振込み下さい!

◆研修費振込み期限

4月開講	令和7年3月24日(月)
5月開講	令和7年4月21日(月)
6月開講	令和7年5月19日(月)
7月開講	令和7年6月23日(月)

【振込先】	金融機関名	宮崎太陽銀行 花ヶ島支店
	預金の種類	普通預金
	口座番号	1085720
	口座名義	社会福祉法人巴会 こんぱす 所長 那須 真寿美

ご質問、ご不明な点がございましたら、
ご遠慮なくお問合わせ下さい!

ケアセンターこんぱす TEL0985-83-3959