

# NPO法人SMIS スマイス福祉学院

## 第3期 介護職員実務者研修通信課程

平成 29 年 月 日

住所	郵便番号:〒		
ふり 氏名	必ずふりがなを付けてください。		
生年月日	昭和・平成	年	月 日( 歳)
連絡先	自宅電話 ( )		
	携帯電話 ( )		
勤務先		勤務先電話	
実務経験	有・無( 年 か月)	介護福祉士国家試験 平成 年度受験予定 YES NO	
保有資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修		
金額 何れかに○	ホームヘルパー1級・基礎研修修了者: ¥35,000(要証明) ホームヘルパー2級・初任者研修修了者: ¥87,000(要証明)		
<b>ここに金融機関の振込票を貼付、 コピーの上、FAXして下さい。</b>			
振込先：大分銀行/本店営業部/普通口座 6310936/NPO 法人 SMIS 理事長 岡本依大			
※ 資格証をコピーして送付してください。			

署名

--

FAX:097-547-0150 または 郵送で