

2024年度  
社会福祉法人香南会 実務者研修課程  
受講申込書写真  
6ヶ月以内  
必ず貼ってください

ふりがな			年齢
氏名			歳
生年月日・年齢	性別	生 年 月 日	
	1. 男	平成	年 月 日
	2. 女	昭和	
住所	〒 -		
連絡先	自宅 携帯電話 メールアドレス その他		
職業	1. 香南会職員 (所属事業所: ) 2. 介護職員 (就労先: ) 3. 学生 (学校名: ) 4. その他 (具体的に: )		
保有資格	1. 看護師 准看護師 2. 初任者研修 3. ヘルパー1級 4. ヘルパー2級 5. 基礎課程 6. 認知症実践者研修 7. その他		
実務経験年数	年 月		
介護福祉士国家試験受験予定	年		
受講理由	具体的に		
受講場所	専修学校 香南学園		
備考			

2024年度  
社会福祉法人香南会 実務者研修課程  
受講申込書写真  
6ヶ月以内  
必ず貼ってください

ふりがな		年齢
氏名		歳
生年月日・年齢	性別	生 年 月 日
	1. 男	平成 年 月 日
	2. 女	昭和
住所	〒 -	
連絡先	自宅 携帯電話 メールアドレス その他	
職業	1. 香南会職員 (所属事業所: ) 2. 介護職員 (就労先: ) 3. 学生 (学校名: ) 4. その他 (具体的に: )	
保有資格	1. 看護師 准看護師 2. 初任者研修 3. ヘルパー1級 4. ヘルパー2級 5. 基礎課程 6. 認知症実践者研修 7. その他	
実務経験年数	年 月	
介護福祉士国家試験受験予定	年	
受講理由	具体的に	
受講場所	社会福祉法人香南会 特別養護老人ホーム おおいずみの里	
備考		

## 実務者研修 修了証の受け取り方法

ふりがな	
氏名	
生年月日	平成 昭和 年 月 日
住所	〒 -
連絡先	自宅 携帯電話 メールアドレス その他
実務者修了年月日	西暦 年 月 日 修了予定
受け取り方法	<input type="checkbox"/> 専修学校 香南学園での受け取り <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム おおいずみの里での受け取り <input type="checkbox"/> 郵送での受け取り <input type="checkbox"/> その他( )
備考	

※初回の通学時に提出をお願いします。

依頼先: 〒781-5621  
高知県香南市夜須町手結3番地  
TEL 0887-50-6886  
FAX 0887-50-6887  
E-mail f-kamimura@kounankai.jp  
担当: 専修学校 香南学園 上村

## 社会福祉振興・試験センター提出用 修了証(見込) の発行依頼書

ふりがな	
氏名	
生年月日	平成 昭和 年 月 日
住所	〒 -
連絡先	自宅 携帯電話 メールアドレス その他
実務者修了年月日	西暦 年 月 日 修了
修了証明証番号	香第 号 ※修了者のみご記入下さい。
使用目的	<input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験受験のため
介護福祉士国家試験 受験申込受付期間	
受け取り方法	<input type="checkbox"/> 専修学校 香南学園での受け取り <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム おおいずみの里での受け取り <input type="checkbox"/> 郵送での受け取り <input type="checkbox"/> その他( )
備考	

### 依頼に関する注意事項

※修了証明書の発行には10日前後が必要です。

※受講中でない方は、依頼時に身分証明書(免許証コピー等)を添付して下さい。

※受講中の方には、受験申込みの際に見込証明書を発行します。

修了後に修了証明書を発行しますので、再度、試験センターへの提出が必要です。

依頼先: 〒781-5621

高知県香南市夜須町手結3番地

TEL 0887-50-6886

FAX 0887-50-6887

E-mail f-kamimura@kounankai.jp

担当: 専修学校香南学園 上村