

受験番号

※

※記入不要

【キャリアアップ支援制度】 申 込 書

学校法人青丹学園
関西学研医療福祉学院

学院長 井坂 恵一 殿

私は、下記のいずれかの条件を満たしていますので、「キャリアアップ支援制度」に申し込みいたします。

いずれか該当する方に☑した上で、詳細を記入してください。

介護職員初任者研修または訪問介護員(ホームヘルパー)2級を保有している者。

★修了証の写しを同封してください。

福祉施設等で半年以上の現場経験がある者。

※パート・アルバイトを含む(週20時間以上勤務)

職 歴	勤務先の名称	雇用形態	期 間				備考
			年 月～	年 月(年 月)	カ月間)	
			年 月～	年 月(年 月)	カ月間)	
			年 月～	年 月(年 月)	カ月間)	
	合 計			年		カ月間	

以上、記載事項に相違ありません。

年 月 日

氏 名

印

本申込書は入学志願書提出の際に同封してください。