

# 介護予防運動指導員養成講座【個人申込書】

私は、下記の通り介護予防運動指導員養成講座の受講を申し込みます。

記入日	20 年 月 日		
ふりがな		性別	男性・女性
氏名			
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
住所	〒 ー		
連絡先	電話	携帯	
職業	○をつけてください 介護職 介護事務職 会社員 公務員 自営業 主婦 パート・アルバイト 無職 学生 その他( )		
勤務先名			
学校名	学生割引を利用する場合には必ず記入してください。 学校名 学籍番号		
講座のきっかけ	○をつけてくださいホームページ 資料請求サイト 知人からの紹介 会社・事業所からの紹介 その他( )		

## 講座のお申込み内容

希望日程	開講日 年 月 日～
受講資格	<p>当てはまる資格に✓をつけてください</p> <p><input type="checkbox"/>訪問介護員1級※1 <input type="checkbox"/>訪問介護員2級※1 <input type="checkbox"/>介護職員初任者研修※1 <input type="checkbox"/>介護職員基礎研修</p> <p><input type="checkbox"/>介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/>介護福祉士 <input type="checkbox"/>介護支援専門員 <input type="checkbox"/>医師 <input type="checkbox"/>歯科医師</p> <p><input type="checkbox"/>保健師 <input type="checkbox"/>助産師 <input type="checkbox"/>看護師(准看護師含) <input type="checkbox"/>理学療法士 <input type="checkbox"/>作業療法士 <input type="checkbox"/>歯科衛生士</p> <p><input type="checkbox"/>はり師 <input type="checkbox"/>灸師 <input type="checkbox"/>柔道整復師 <input type="checkbox"/>栄養士(管理栄養士含) <input type="checkbox"/>言語聴覚士 <input type="checkbox"/>社会福祉士</p> <p><input type="checkbox"/>あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/>健康運動指導士等※2</p> <p><input type="checkbox"/>上記国家資格の養成校等の卒業見込みかつ取得見込み者(国家試験受験者)</p> <p>お申込みの際には資格を証明するものの写しも合わせてご提出ください ※1訪問介護員1級・2級修了者 介護職員初任者研修修了者は 実務経歴証明書もご提出ください</p>

※2「健康運動指導士等」に該当する資格は下記のとおりです。

- 健康運動指導士および健康運動実践指導者 ●ヘルスケアトレーナーおよびヘルスケアリーダー ●競技別指導者資格
- スポーツプログラマー1種および2種 ●ヘルスフィットネスインストラクター ●アスレチックトレーナー
- パーソナルトレーナーおよびフィットネストレーナー ●エアロビックダンスインストラクター ●スポーツ指導員中級・上級
- 体育系大学および総合大学の体育学部並びに社会体育系専門学校等卒業生

振込人名義(予定)	カタカナでご記入ください	※お振込みについては、後日ご連絡いたします
-----------	--------------	-----------------------

事務局使用欄 ※記入不要です

受付日	資格証写し	実務経歴証明書	開講案内	振込明細書	入金日				
-----	-------	---------	------	-------	-----	--	--	--	--

# 介護予防運動指導員養成講座【紹介キャンペーン申込書】

私は、下記の通り介護予防運動指導員養成講座の受講を申し込みます。

記入日	20 年 月 日		
ふりがな			
氏名			性別 男性・女性
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
住所	〒 -		
連絡先	電話	携帯	
職業	○をつけてください 介護職 介護事務職 会社員 公務員 自営業 主婦 パート・アルバイト 無職 学生		
勤務先名又は学校名			
講座のきっかけ	○をつけてくださいホームページ 資料請求サイト 知人からの紹介 会社・事業所からの紹介 その他( )		
該当する受講資格	下記、受講資格に該当する資格名を記載してください		
振込人名義(予定)	カタカナでご記入ください		※お振込みについては、後日ご連絡いたします

## 割引キャンペーン申請欄

	氏名	該当する資格名	生年月日
ふりがな		下記、受講資格に該当する資格名を記載して下さい	年 月 日生
受講生①			
ふりがな		下記、受講資格に該当する資格名を記載して下さい	年 月 日生
受講生②			
ふりがな		下記、受講資格に該当する資格名を記載して下さい	年 月 日生
受講生③			

## 講座のお申込み内容

希望日程	開講日 年 月 日～
受講資格	<input type="checkbox"/> 訪問介護員1級※1 <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級※1 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修※1 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師(准看護師含) <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> 灸師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 栄養士(管理栄養士含) <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士等※2 <input type="checkbox"/> 上記国家資格の養成校等の卒業見込みかつ取得見込み者(国家試験受験者)  <b>お申込みの際には資格を証明するものの写しも合わせてご提出ください</b> ※1訪問介護員1級・2級修了者 介護職員初任者研修修了者は 実務経歴証明書もご提出ください

※2「健康運動指導士等」に該当する資格は下記のとおりです。

- 健康運動指導士および健康運動実践指導者 ●ヘルスケアトレーナーおよびヘルスケアリーダー ●競技別指導者資格
- スポーツプログラマー1種および2種 ●ヘルスフィットネスインストラクター ●アスレチックトレーナー
- パーソナルトレーナーおよびフィットネストレーナー ●エアロビクスダンスインストラクター ●スポーツ指導員中級・上級
- 体育系大学および総合大学の体育学部並びに社会体育系専門学校等卒業者

事務局使用欄 ※記入不要です

受付日	資格証写し	実務経歴証明書	開講案内	振込明細書	入金日				
-----	-------	---------	------	-------	-----	--	--	--	--

# 介護予防運動指導員養成講座 実務経験証明書

## 【受講資格】

訪問介護員1級・2級修了後、実務経験2年以上  
介護職員初任者研修修了後、実務経験2年以上  
に該当する方は実務経験証明書が必要です

施設/事業所名
代表者名 <span style="float: right;">印</span>
所在地 〒

※上記枠内の署名捺印をお願いします

下記の者は、以下の通り実務経験を有することを証明します。

ふりがな 氏名	
生年月日	年 月 日
職種又は職務内容	
施設名	
就業期間	年 月 日～ 年 月 日
うち上記業務に 従事した日数	計 日