

令和5年度 介護福祉士実習指導者研修会 受講申込書

申込締切日 4月24日(月) 以下の空欄全て、記入をお願い致します。(必須)

連絡先について	フリガナ			
	氏名(性別)	(男・女)		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	
	自宅	住所	〒	
		電話番号		
	勤務先	法人名		
		施設名		
		住所	〒	
電話番号				
連絡先(書類発送先)はどちらにしますか?		(自宅・勤務先)		
参加者について	介護福祉士登録年度	昭和・平成・令和 年		
	介護福祉士登録番号	_____ (例:D-〇△〇〇〇)		
	実務に従事した経験年数(資格取得後)	資格取得後 年 月 (登録年月日以降の年数) ※確認事項 3年以上実務に従事した経験を有する者		
	実習指導者の状況	1 実習指導をしている 2 今後指導する予定		
	受講理由	1 実習指導者だが研修未受講のため 2 実習指導者が退職予定 3 実習指導者が法人内異動予定 4 新規開設(開設時期: 年 月)		
区分	会員・非会員	1 会員(会員番号No. _____) 2 非会員 3 入会希望(入会届を送付いたします)		
所属長記入欄	上記の者を標記研修会に受講させたく推薦いたします。 役職名 _____ 氏名 _____			

※駐車場利用希望について、希望日に○をつけて下さい。(なるべく乗り合わせをお願いいたします)  
( ) 6/3 ( ) 6/4 ( ) 7/1 ( ) 7/2

・申込先着順です。台数が限られている為、駐車場のご用意ができない場合があります。

FAX(0985)22-3711 ※市外局番の確認をお願いいたします。