

⇒ 滋賀県介護福祉士会事務局あて FAX **077-569-5173** (送付状不要)

申込締切：令和元年 10月 21日 (月)

令和元年度 介護福祉士実習指導者講習会 受講申込書

介護福祉士の

令和元年 月 日

<input type="checkbox"/>	会員	⇒ 会員番号 (25—)
<input type="checkbox"/>	非会員	(申し込み時に、介護福祉士登録証の写しを添付してください)

↑いずれかに○を付けてください。

フリガナ 氏名	介護福祉士登録年月日	
	年	月 日
<input type="checkbox"/> 自宅住所	〒	
	日中連絡可能な電話番号 (携帯電話など) — —	
<input type="checkbox"/> 勤務先	勤務先法人名および事業所名 (フリガナ)	
	勤務先事業所の所在地 〒	
	TEL — — FAX — —	

↑通知の送付先に○を付けてください。

実習指導経験年数 (年)

※受講申込書に記入された個人情報は、個人情報保護法に基づき本講習会以外では使用しません。
※申し込み先着順に受付けます。受講決定通知および受講料振込用紙等を郵送します。