

⇒ 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2年12月22日(火)

令和2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

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		介護福祉士登録年月日
氏名		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) TEL — —
		メールアドレス
<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け付けます。受講決定通知および受講料振込用紙等を郵送します。