

⇒ 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3年12月20日(月)

令和3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 |
| | | 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。