

⇒ 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5年9月18日(月)

QRコードからフォーム入力の申し込みもできます→



令和5年度 介護福祉士実習指導者講習会 受講申込書

年 月 日

| | | |
|--------------------------|------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 個人会員 | ⇒ 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送付してください) |

↑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。

↓必ずご記入ください。

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。