

FAX : 0776-63-5869

令和2年度 介護技術講習指導者養成講習会受講申込書

※介護福祉士資格登録証のコピーを必ず添付の上、FAXまたは郵送してください。

ふりがな			書類送付先	自宅 ・ 勤務先	
氏名			性別	男 ・ 女	
生年月日	昭和 平成	年 月 日	区分 ※いずれかに○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会員 (No.) ・ 賛助団体 (賛助会員) ・ 入会希望 ・ 一般 (非会員) 	
自宅住所	〒				
	TEL			FAX	
勤務先名					
勤務先住所	〒				
	TEL			FAX	
受 講 資 格 要 件	資格名称	登録番号		取得年月日	
	介護福祉士	第 一 号		平成 年 月 日	
	勤務先名	教育内容 又は 業務内容		勤務年月	
	《例》〇〇〇苑	《例》介護業務		《例》平成17年4月～令和元年6月 【期間 14年 2ヶ月】	
				平成 年 月～ 年 月 【期間 年 ヶ月】	
				平成 年 月～ 年 月 【期間 年 ヶ月】	
				平成 年 月～ 年 月 【期間 年 ヶ月】	
				平成 年 月～ 年 月 【期間 年 ヶ月】	
	勤務年月 合計			年 ヶ月	
研修受講履歴	①介護技術の視点と応用 ②残存機能を見極める		①②の いずれかを	(いずれかに○) 受講済み ・ 受講予定	

※受講決定の場合は、決定通知書と払込用紙をお送りいたします。
10月7日を過ぎても届かない場合は、事務局までご連絡ください。