

FAX : 0776-63-5869

令和5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 ○	・ 会員 (No. ) ・ 賛助団体 ・ 入会希望 ・ 一般 (非会員)
自宅住所	〒		
	TEL	緊急連絡用として携帯電話の番号を記してください	
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・令和 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20年4月～令和4年6月 【期間 14年 2ヶ月】
			年 月～ 年 月 【期間 年 ヶ月】
			年 月～ 年 月 【期間 年 ヶ月】
			年 月～ 年 月 【期間 年 ヶ月】
			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

事務局 使用欄	
------------	--

※取得する個人情報、本事業に関するご案内・ご連絡、当会からの情報提供のために利用いたします。当会では本講習申込から取得する個人情報を第三者に提供することはありません。

(一社) 福井県介護福祉士会