

FAX : 0776-63-5869

平成30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			
氏名		性別： 男 ・ 女	
生年月日	昭和	年	月 日
	平成		
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～平成23年3月 【期間 6年 0ヶ月】
			平成 年 月～平成 年 月 【期間 年 ヶ月】
			平成 年 月～平成 年 月 【期間 年 ヶ月】
			平成 年 月～平成 年 月 【期間 年 ヶ月】
			平成 年 月～平成 年 月 【期間 年 ヶ月】
			平成 年 月～平成 年 月 【期間 年 ヶ月】
	勤務年月 合計	年 ヶ月	

※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10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。