**FAX　054-253-0829**

＜送信先＞　**一般社団法人静岡県介護福祉士会　事務局**

**2020年度　「介護福祉士実習指導者講習会」　受講申込書**

（　　　　　　年　　　月　　　日　記入）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 希望コース | | 会員・非会員の別　いずれかに✔して下さい | | | | | |
| 氏　　名 |  | | Ｂコースのみ | | * 介護福祉士会会員（NO　　　　　　　　) * 非会員 * 入会手続き中 | | | | | |
| 生年月日 | 昭和　平成　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳） | | | | 性　別 | | | （　　）男性　　（　　）女性 | | |
| 自宅住所 | （〒　　　　　－　　　　　　　） | | | | 自  宅 | | TEL |  | | | |
|  | | | |
| FAX |  | | | |
| 携　帯 | | |  | | |
| 勤務先 | 所在地 | （〒　　　　―　　　　　） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 法人名 |  | | | | | | | | |
| 施設名 | TEL （ 　 ） 　 FAX　　　　（　　　　） | | | | | | | | |
| 施設の種別 | |  | | 役職 | |  | | | 職務 |  |
| 受講案内送付先 | | | | 実習指導の状況　　＊いずれか✓して下さい | | | | | | |
| ※いずれかに○をつけてください  　１．自宅　　　　　２．職場  ↓職場で宛名が本人以外の場合は記入して下さい  　　　ご担当者氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | □　現在実習指導者をしている  □　今後実習指導者を予定している | | | | | | |
| 介護福祉士資格取得年月  　　昭和　　平成　　　　　年　　　　　月 | | | | | | |
| 資格取得後の実務年数　　★記入日現在  　　　　　　　　　　　（　　　　　）年（　　　　　）カ月 | | | | | | |
| どちらの養成校の指定施設になっていますか。学校名をご記入下さい。 | | | | | | | | | | |

**－　留意事項　－**

**・FAX送信後、着信確認のTELをお願いします。　（TEL054－253－0818）**

**・申込書と併せて介護福祉士登録証のコピーもFAXして下さい。**

**・氏名、ふりがな、生年月日、自宅住所は修了証に登録されますのでお間違えのないようご記入下さい。**

**・個人情報は責任を持って管理致します。ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。**