

【送信先】一般社団法人静岡県介護福祉士会 行(FAX054-253-0829)

\*お手数ですが送信後、着信確認のお電話を下さい。(TEL054-253-0818)

令和3年度 介護福祉士基本研修 申込書 (対面研修用)

記入日 令和3年 月 日

ふりがな			区分 (どちらかに○)
氏名	(年齢 歳)	会員 ( ) No.220— 非会員 ( )	
自宅住所	(〒 )		
携帯番号			
勤務先名		種別	(例:介護老人保健施設)
勤務先住所	(〒 )		
	TEL ( )		
職務	(例:介護職、ケアマネ)	資格取得後の 実務年数	年
受講案内送付先 (どちらか希望に○)	自宅( )	・	勤務先( )
介護福祉士登録年月			
介護福祉士登録番号			