

【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4年度 介護福祉士基本研修 受講申込書

令和4年 月 日記入

※申込書と併せて介護福祉士登録証の写しを送付又はFAXしてください。

| | | |
|-------------------------|---|------------------------------|
| 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 | (〒) | |
| 携帯電話番号 (昼間連絡が取れる番号) | | |
| メールアドレス | | |
| 勤務先名称 | | |
| 勤務先の所在地 | (〒) | |
| 種別(例:特養,老健等) | | |
| 受講決定通知送付先 (どちらか希望に✓) | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 勤務先 |
| 備考 | ※コロナ禍により研修方法がオンライン研修に変更された場合の受講の可否 受講 ()可能 ()不可能 → 理由 ()PCがない ()通信環境がない ()通信環境が不安 その他() | |

*申込書に記入していただいた個人情報は本研修のみ使用しその他の目的には使用しません。