**令和5年度　認定介護福祉士養成研修（Ⅰ期）　受講申込書**

記入日　令和 　　 年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 昭和　・　平成　　　　年 　　月　　　日　生　　　　　　　　　　　　　（　　　）歳 |
| 自宅住所 | 〒（　　　―　　　　） | 性　別 |
|  | 男性　　　女性 |
| 携帯番号 |  | 会員No（　　　　　　　） |
| メールアドレス |  | 職種 |  |
| オンラインの場合の受講場所 | （　　）自宅　　　　（　　　）勤務先 |
| 勤務先情報 | 名称 |  | 役職 | ※ある場合のみ記載 |
| 住所 | 〒（　　　－　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 介護福祉士の登録について | 登録年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 登録番号 | 第　　　　　　　―　　　　　　　　号 |
| 受講希望科目について※受講希望科目に○をつけてください。 |  | 認定介護福祉士概論 |
|  | 生活支援のための運動学 |
|  | 生活支援のためのリハビリテーションの知識 |
|  | 自立に向けた生活をするための支援の実践 |
|  | 疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ |
|  | 疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ |
| 介護福祉士ファーストステップ研修修了について | * 修了
 | 修了日／　平成・令和　　年　　月　　日 |
| 【受講動機】　1．該当箇所に☑してください。※複数選択可　　　□ 医療に関する知識の習得　　　　　　　　　□　福祉用具に関する知識の習得　　　　　　　□　リハビリテーションに関する知識の習得　　□　多職種連携のため□　人材育成、次世代の教育に関わるため　　　□　スキルアップ　　 　□　情報交換のため　　　 □ 　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　2．上記選択した内容と併せて受講後どのようなビジョンを持っていたいですか。　　 |