**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　宛**

**令和4年度　「介護福祉士実習指導者講習会」　受講申込書**

※介護福祉士登録証の写しもあわせてFAX又は郵送してください。

（　　　　　年　　　月　　　日　記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 会員・非会員の別　いずれかに〇をつけて下さい |
| 氏　名 |  | （　　　）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 | （〒　　　　　　－　　　　　　　　　　　） | 携　帯 |  |
|  |
| 自宅TEL |  |
| メール　　　アドレス |  |
| 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　　※いずれかに○をつけてください　 | 実習指導の状況　　＊いずれか〇して下さい |
| 　１．自宅を希望　　（　　　　　）　２．職場を希望　　（　　　　　）※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（　　　　　　　　　　　　　　　　） | １．　現在実習指導者をしている（　　　　　）２．　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 |
| * オンライン研修となった場合

（　　　）受講できる　　　（　　　　　）受講できない受講できないを選択した方は、その理由をご記入ください。 | 養成校の指定施設になっている場合は学校名を記入下さい。 |

・FAX送信後、着信確認のTELを下さい。　（TEL054－253－0818）

・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。