

令和4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											
昼間つながる電話番号			区 分											
メールアドレス			会員 No () 非会員											
勤務先情報	名称			職種										
	住所	〒 (-)		役職										
	電話番号		FAX 番号	※ある場合のみ記載										
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 一 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		<input type="checkbox"/> 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 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 医療に関する知識の習得</td> <td><input type="checkbox"/> 福祉用具に関する知識の習得</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> リハビリテーションに関する知識の習得</td> <td><input type="checkbox"/> 多職種連携のため</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 人材育成、次世代の教育に関わるため</td> <td><input type="checkbox"/> スキルアップ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 情報交換のため</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td></td> </tr> </table> 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。 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>					<input type="checkbox"/> 医療に関する知識の習得	<input type="checkbox"/> 福祉用具に関する知識の習得	<input type="checkbox"/> リハビリテーションに関する知識の習得	<input type="checkbox"/> 多職種連携のため	<input type="checkbox"/> 人材育成、次世代の教育に関わるため	<input type="checkbox"/> スキルアップ	<input type="checkbox"/> 情報交換のため		<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 医療に関する知識の習得	<input type="checkbox"/> 福祉用具に関する知識の習得													
<input type="checkbox"/> リハビリテーションに関する知識の習得	<input type="checkbox"/> 多職種連携のため													
<input type="checkbox"/> 人材育成、次世代の教育に関わるため	<input type="checkbox"/> スキルアップ													
<input type="checkbox"/> 情報交換のため														
<input type="checkbox"/> その他 ()														