



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5年度「介護福祉士実習指導者講習会」受講申込書

( 年 月 日 記入)

|   |                  |   |   |  |  |
|---|------------------|---|---|--|--|
| ふりがな  |                  |   |   | 会員・非会員の別 いずれかに○をつけて下さい   |  |
| 氏名  |                  |   |   | <input type="checkbox"/> 介護福祉士会会員(NO )<br><input type="checkbox"/> 非会員<br><input type="checkbox"/> 入会申請中 |  |
| 生年月日  | 昭和 平成 年 月 日生( 歳) | 性別  | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |  |  |
| 自宅住所  | (〒 - )           |   | 携帯  |  |  |
|   |                  |   | 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<br>(例:老健、デイサービス等)   |                  | 役職<br>(例:フロアリーダー、<br>介護主任等)   |   | 職務<br>(介護職、ケアマネ、<br>管理者等)  |  |
| 受講案内送付先<br>※下記いずれかに○をつけてください<br>1. 自宅を希望 ( )<br>2. 職場を希望 ( )<br><br>研修担当者がいる方はご記入ください。<br>担当者名( ) |                  | 実習指導の状況 *いずれか○して下さい<br>1. 現在実習指導者をしている( )<br>2. 今後実習指導者を予定している( )<br><br>介護福祉士登録年月<br>昭和 平成 令和 年 月<br><br>資格取得後の実務年数 年 力月 (記入日現在) |   |  |  |
| オンライン研修となった場合<br>( )受講できる ( )受講できない   |                  | 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。   |   |  |  |

注1 原則、すべての情報を記載いただきますようお願いいたします。

注2 申込書とあわせて、介護福祉士登録書の写しも FAX してください。

注3 申込書を基に修了証を発行しますので、氏名、ふりがな、生年月日、自宅住所は、お間違のないようご記入願います。個人情報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。