

認定介護福祉士養成研修（第2期）

受講申込書

No. _____

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	
			区 分	
昼間つながる電話番号			会員 No () 非会員	
勤務先情報	名称			職種
	住所	〒 ()		
	電話番号		FAX 番号	
以下の記載方法				
<ul style="list-style-type: none"> ・現在、既に認定介護福祉士養成研修を受講している方は ①のみを記入して下さい。 ・新規申込みされる方は①②③を記入しファーストステップ研修の修了証の写しを添付して下さい。なお、今年度修了見込みの方はその旨記載して下さい。 				
①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		福祉用具と住環境 (3日間)		
		認知症のある人への生活支援・連携 (2日間)		
		心理的支援の知識技術 (2日間)		
		地域生活の継続と家族支援 (2日間) <input type="checkbox"/> 認定介護福祉士概論の修了証を添付のこと ※静岡県介護福祉士会で修了した場合、修了証の添付は不要		
		認定介護福祉士としての介護実践の視点 (3日間)		
		個別支援計画作成と記録の演習 (3日間)		
		自職場事例を用いた演習 (2日間)		
②介護福祉士の登録について	登録年月	年 月 日		
	登録番号	第 一 号		
③介護福祉士ファーストステップ研修について ※該当欄にレ点をして下さい。	<input type="checkbox"/>	修了日/ 令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/>	修了見込み 令和 年 月 日		
④ 動 機				