



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6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) <input type="checkbox"/> 非会員 <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 (例:老健、デイサービス等)		役職 (例:フロアリーダー、 介護主任等)		職務 (介護職、ケアマネ、 管理者等)	
受講案内送付先 ※下記いずれかに○をつけてください 1. 自宅を希望 () 2. 職場を希望 () 研修担当者がいる方はご記入ください。 担当者名()		実習指導の状況 *いずれか○して下さい 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() 介護福祉士登録年月 昭和 平成 令和 年 月 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 ()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。