**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7年度　「介護福祉士実習指導者講習会」　受講申込書**

注1　原則、すべての情報を記載いただきますようお願いします。

注2　非会員の方は、必ず申込書とあわせて、介護福祉士登録書の写しをFAX願います。

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、お間違えのないようご記入

願います。　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。

（　　　　　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（　　　）入会申請中 |
| 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 |  |
|  |
| 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　　＊いずれか〇して下さい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　　　　カ月　（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。指定校がない場合は「なし」とご記入ください |