

【送信先】一般社団法人静岡県介護福祉士会 行(FAX054-253-0829)

*お手数ですが送信後、着信確認のお電話を下さい。(TEL054-253-0818)

令和7年度 介護福祉士基本研修 受講申込書

令和7年 月 日記入

ふりがな		性別	区分 (どちらかに○)
氏名		男・女	会員 () No.22-
生年月日	昭和・平成 年 月 日(年齢 歳)		非会員 ()
受講決定通知送付先 (どちらか希望に✓) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	(〒 —)		
携帯電話番号 (昼間連絡が取れる番号)			
メールアドレス			
勤務先名称			
種別 (例:特養,老健等)			
現在の職務 (例:介護職)			
現在までの 全実務経験年数	年 カ月		
介護福祉士登録年月(和暦)	年 月 日		
介護福祉士登録番号	第 — 号		
備考			

* 申込書に記入していただいた個人情報は本研修のみ使用しその他の目的には使用しません。