

【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8年度 介護福祉士基本研修 受講申込書

令和8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✓)	(〒 一 )		
<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 一 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。