

一般社団法人 埼玉県介護福祉士会 行

FAX 048-711-1239

平成29年度 埼玉県介護福祉士会

介護福祉士実習指導者講習会 受講申込書

| | | | | | |
|---|--|------|-----------------------|------|--|
| 施設種別 | | フリガナ | | 性別 | |
| | | 氏名 | | 男・女 | |
| 希望連絡先 | 自宅・勤務先 | | 役職 | | |
| 介護福祉士資格 取得年月 | 年 月 | | 資格取得後の 介護従事経験年数 | 年 カ月 | |
| 実習指導者の経験 | あり・なし | | 実習指導者経験あり の場合の経験年数 | 年 カ月 | |
| ご勤務先名 | | | | | |
| ご勤務先住所 | (〒 -) | | | | |
| | TEL: | | FAX: | | |
| 自宅住所 (受講前にあたって のご案内の通知 送付先になります) | (〒 -) | | | | |
| | TEL: | | FAX: | | |
| 参加種別 | <input type="checkbox"/> 埼玉県介護福祉士会 会員 (会員番号:) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 埼玉県介護福祉士会 賛助会員 (施設名) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 非会員 | | | | |

※ 受講時に介護福祉士会への入会の申込につきましては、お気軽にFAXにてお問い合わせ (FAX 048-711-1239) 下さい。