

別紙 岩手県介護福祉士会事務局 行（添書不要）

FAX 019 - 637 - 9612

FAX番号はお間違えのないようお願いいたします

令和元年度介護福祉士実習指導者講習会申込用紙

申込日 年 月 日

フリガナ		性	男	生年月日	昭和 年 月 日 平成 (才)
氏名		別	女	区分 (いずれかに○)	会員 (会員番号) 非会員
自宅住所	(〒 -)				
電話		FAX			
勤務先名					
勤務先住所	(〒 -)				
電話		FAX			
受講決定通知送付先 (いずれかに○)	自宅 ・ 勤務先				
資格要件					
資格取得方法 (□に✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 養成校卒	養成施設名			
	<input type="checkbox"/> 国家試験	<input type="checkbox"/> 実務経験3年 <input type="checkbox"/> NHK学園卒 <input type="checkbox"/> 福祉系高校卒			
介護福祉士登録番号	第 一 号 ※登録証写しの提出方法 FAX ・ 郵送 (どちらかに○印をつけてください)				
介護福祉士資格取得日	年 月 日				
受講資格要件	職歴	施設名	職種	期間(年月日～年月日)	

※もれなくご記入ください。

※介護福祉士会入会 要 ・ 否 (要の方には申込書をご送付します)

当研修会を機に入会される方は、入会申込書の提出を条件として会員価格で受講できます。