熊本県介護福祉士会 FAX096-297-8115

平成 27 年度 介護福祉士養成実習施設実習指導者研修 後期

申 込 書

締め切り日･･･定員になり次第

申 込 者 氏 名	ﾌﾘｶﾞﾅ 性 別 男 女 生年月日 S・H 年 月 日生（ 歳）
勤 務 先・所 属	勤務先名 所属・役職 所 在 地 〒 － 電話番号 ﾌｧｯｸｽ番号
自 宅 住 所	〒 － 電話番号 携帯
メールアドレス 等	※任意
資 格 取 得 年 月	年 月 ※ 介護福祉士国家資格登録年月を記載
取 得 種 別	実務経験にて受験 ・ 養成校卒 いずれかを〇で囲んでください
実習指導の経験	ある（通算 年 ヶ月） ない いずれかを〇で囲んでください
介護福祉士会会員	会員（会員 No ） ・ 非会員 いずれかを〇で囲んでください
介護福祉士初任者研修	受講した（H 年度） 受講していない いずれかを〇で囲んでください

必読事項↓

※ 必ずお一人様一枚にてお申込みください。

※ 全ての項目に**記入漏れが無いよう**お願いいたします。

※ **資格取得後３年の実務経験**が受講要件となりますので間違いの無いようご確認下さい。

※ 今回頂いた個人情報につきましては本研修開催の目的以外には使用いたしません。

※ 国家試験合格の際行なった「資格登録手続き」と、本会入会（個人の任意）手続きは違います。よって会員 No は介護福祉士登録番号とは違いますので、ご記入の際はお間違えがないようお願いいたします。

※ お申込みにつきましては先着順といたします。**受講決定のお知らせは『参加費振込のお知らせ』と併せて郵送にて通知いたします**。尚、定員を越えた場合はメール、またはお電話にてお断りのご連絡をいたします。必ず連絡先を明記してください。

※ 自宅住所は修了者登録・修了書送付の際必要となります。**部屋番号等の詳細まで必ず記入して下さい**。