

ファックス 096-297-8115

平成29年度 介護福祉士ファーストステップ研修申込書

※以下の欄すべてに漏れなく記入いただきますようお願い申し上げます。

氏名	ふりがな( )
生年月日	昭和・平成 年 月 日 満 才 男・女
勤務先	役職等( )
固定電話	自宅・職場・その他
ファックス	自宅・職場・その他
携帯電話	
メールアドレス	データのやり取りが出来るアドレス
自宅住所	〒 部屋番号などの詳細まで

区分	介護福祉士会会員(番号 43 )・ 非会員
資格について	介護福祉士登録年 平成 年 登録番号( )
	経験年数( ) その他有する資格( )
受講要件について	介護福祉士基本(初任者)研修修了 平成 年 ・ 未修了
希望支払方法	一括 分割① 分割②
研修受講について 職場や上司の了解	得ている ・ 得ていない

受講動機	<u>箇略に結構です</u>
------	----------------

※ 今回いただいた個人情報につきましては、本研修開催目的以外には使用しないことを  
お約束いたします。

(一社)熊本県介護福祉士会事務局