

平成31年度認定介護福祉士養成研修参加申込書

事業所名

担当者

フリガナ		職名
氏名		
会員	20 (必ずご記入下さい)	非会員
年数	実務年数 年	資格取得後(5年以上) 年
勤務先名		
勤務先連絡	TEL	FAX
自宅住所	〒	
自宅連絡	TEL・携帯	FAX
FAX希望先	連絡する場合勤務先へFAXします。	
研修履歴	<p>該当する項目に○をつけてください。</p> <p>1 フェーストステップ研修修了者 平成 年修了 (県外者は修了書の写し添付)</p> <p>2 1を修了していない者で介護職員を対象にした現任研修100時間以上の受講歴 (研修会名載)</p> <p>介護福祉士会研修以外の研修については修了書の写しを添付してください。</p>	
その他	<p>法人で受講料を支払いの場合は、宛先、住所を記入してください。(長野県の助成要請中)</p> <p>宛先法人名:</p> <p>送付先住所: 〒</p>	

*受講決定した方には振込先のご案内の受講通知を郵送します。

〒380-0298 長野市若里7-1-7 TEL 026-223-6670
 公益社団法人 長野県介護福祉士会 FAX 026-223-6679