熊本県介護福祉士会　FAX　０９６－２９７－８１１５

※送り状は不要です。

2021年度　サービス提供責任者研修申込書

ふりがな		※どちらかに○を付けて下さい。 ・会員（番号　　） ・非会員	
氏名			
生年月日	昭和・平成　　年 月　　日	性別	男　・　女
自宅住所	〒 （メールアドレス：任意）		
日中連絡先	TEL　　FAX		
所属場所	1.訪問介護事業所　　2.その他		
職場名 職場住所	〒		
受講決定通知と修了証の送付先	・自宅　　・職場 （※必ずどちらかに○を付けて下さい。）		
介護福祉士登録年度および番号	平成　　年度　（　　―　　）（例：D-○△○○○）		
介護福祉士資格取得後実務経験年数	年　　か月　・　介護福祉士ではない		
メールアドレス ※オンラインZoom受講希望者必須			

①受講希望者は申込書に１名ずつ記入しお申込みください。複数名受講希望の場合はコピーのうえ使用してください。

②個人情報保護法により、この申込書に記載された内容は、標記研修以外には使用致しません。

③すべての項目に記入漏れが無いようお願い致します。

④**咳や発熱などの体調不良の症状が見られる場合は、受講をご遠慮ください。 必ずマスクを着用してください。**

⑤その他お問い合わせ　　一般社団法人熊本県介護福祉士会事務局　　０９６－３８４－７１２５

（電話対応は　平日の９時～１６時まで）