

熊本県介護福祉士会 FAX 096-297-8115

※送り状は不要です。

## 2022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	性別	男・女
		日			
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	
《備考》					

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)