

※送り状は不要です。

2023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		
《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)