

熊本県介護福祉士会 FAX096-297-8115

2025年度 介護福祉士実習指導者講習会

申 込 書

締め切り日・・・8/20 締切（定員になり次第締め切らせて頂きます）

申込者氏名	フリガナ _____	性別	男	女
	生年月日 S・H	年	月	日生(歳)
勤務先・所属	勤務先名	所属・役職		
	所在地 〒 _____			
	電話番号 _____	ファックス番号 _____		
自宅住所	〒 _____			
	電話番号 _____	携帯 _____		
メールアドレス	※必須			
資格取得年月	年 月	※ 介護福祉士国家資格登録年月を記載		
取得種別	実務経験にて受験	・	養成校卒	いずれかを○で囲んでください
実習指導の経験	ある（通算 年 ヶ月）	ない	いずれかを○で囲んでください	
介護福祉士会会員	会員（会員 No _____）	・	非会員	いずれかを○で囲んでください
介護福祉士基本研修	受講した（ 年度）	受講していない	いずれかを○で囲んでください	

必読事項↓

- ※ 必ずお一人様一枚にてお申込みください。
- ※ 全ての項目に記入漏れが無いようお願いいたします。
- ※ 資格取得後3年の実務経験が受講要件となりますので間違いのないようご確認下さい。
- ※ 今回頂いた個人情報につきましては本講習開催の目的以外には使用いたしません。
- ※ 国家試験合格の際行なった「資格登録手続き」と、本会入会（個人の任意）手続きは違います。よって会員 No は介護福祉士登録番号とは違いますので、ご記入の際は間違いのないようお願いいたします。
- ※ お申込みにつきましては先着順といたします。受講決定のお知らせは『参加費振込のお知らせ』と併せて通知いたします。尚、定員を越えた場合はメール又はお電話にてお断りのご連絡をいたします。必ず連絡先を明記してください。
- ★自宅住所は、受講決定通知郵送・修了者登録・修了証郵送の際必要となります。部屋番号等の詳細まで必ず記入して下さい。