

令和4年度 介護予防体操指導者研修申込書

申込は、FAX 029-353-7246 又は



右記 QR コードからお願いします。

ふりがな 参加者名	会員(NO) ・非会員 実務者研修修了者	
生年月日	西暦 年 月 日	
所属事業所		
住所	* 受講決定通知書、修了証送付先	
携帯電話番号	* 講習会中に繋がる番号	
メールアドレス	* 申込受付の連絡、ZOOM 招待 ID や研修資料の送付に利用します。研修資料は各自印刷してご準備下さい。	
受講環境	受講場所	施設 ・ 自宅 ・ 他()
	使用機器	パソコン ・ タブレット *スマホ不可
	インターネット環境	有線 ・ 無線(WI-FI 等)
	オンライン研修経験	なし ・ あり
接続テスト	不参加 ・ 参加(8月30日(火)・31日(水)10:30～・14:00～) * 参加希望の場合は、いずれかの日程に○を付けてください。	
機能訓練経験	あり(通所介護・通所リハビリ・入所施設) ・ なし	

《書類送付・お問合せ先》

一般社団法人茨城県介護福祉士会 事務局 瀬尾宛

〒310-0851 水戸市千波町1918番地 セキショウ・ウェルビーイング福祉会館5階

TEL:029-353-7244 FAX:029-353-7246 月・木曜日のみ

メールアドレス:ibaraki080ccw@topaz.ocn.ne.jp