

令和4年度 介護予防体操指導者研修申込書



必要事項を記入、のうえ、右記QRコード又は
FAX 029-353-7246からお申し込みください。

ふりがな 参加者名	会員（NO 実務者研修修了者 ）・非会員		
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	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他（ ）	
	使用機器	<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> タブレット *スマホ不可	
	インターネット環境	<input type="checkbox"/> 有線 <input type="checkbox"/> 無線（WI-FI等）	
	オンライン研修経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
接続テスト	<input type="checkbox"/> 不参加 <input type="checkbox"/> 参加希望 2月 3日（金） <input type="checkbox"/> 10:00～ <input type="checkbox"/> 14:00～ 2月13日（月） <input type="checkbox"/> 10:00～ <input type="checkbox"/> 14:00～ *参加希望の場合は、いずれかの日程に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。		
機能訓練経験	<input type="checkbox"/> あり（通所介護・通所リハビリ・入所施設） <input type="checkbox"/> 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