

# 令和7年度 後期 介護福祉士実習指導者講習会申込書

1. 2について、必要事項を記入、該当項目に☑してください。

## 1. 勤務先事業所

事業所名	
連絡先	住所
	電話番号
	メールアドレス
	ご連絡窓口ご担当者様 氏名

## 2. 研修受講者

ふりがな 参加者名	
住所	(〒      ー      )
生年月日	(西暦)      年      月      日 ※修了書発行に使用します。
連絡先	
メールアドレス	
会員情報	<input type="checkbox"/> 介護福祉士会 会員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士会 非会員 会員の場合、7桁の会員番号を記載ください⇒(      )

書類送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先事業所 <input type="checkbox"/> 受講者ご本人 <small>※修了証につきましては、受講者ご本人様宛にご郵送いたします。</small>
領収書発行	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	振込受領書貼付はこちらへ

《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(茨城県総合福祉会館)

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