FAX送付先　　**０４３-２４８－１５１５**　千葉県介護福祉士会事務局　行　　　　　　※　鏡文は不要です。

**受講申込書**　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年度　介護福祉士実習指導者講習会（第１回）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生　　年　　月　　日 |  | 性　　　　　　　　別 |
| 受　講　希　望　者氏　　　名 |  | 昭和・平成年　　月　　日 |  | 男　・　女 |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 同施設優先順位 | 1. ２．　　　　　　　　　　　　　３．　　　　　　　　　　　　　４．
 |
| 所属種別 | １．介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）　　　２．介護老人保健施設　　　　３．障害者施設　　　　４．その他 |
| 入会の有無 | 介護福祉士会に　　　１.　入会している（会員番号　　　　　　　　　　　　）・　　　　　２.　入会していない |
| 介護福祉士の資格 | 登録年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（**介護福祉士資格登録証のコピーを添付してください**） |
| 介護職経験 | 　　　　　　年　　　　月　　　　　　～　　　　　　　年　　　月　　（　　　　　　　年間） |
| 自宅住所必ず記入してください | 〒TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話 |

* 書類の送付先・連絡先（　自宅　・　勤務先　）　とちらかに‘〇’をしてください。
* 自宅住所は、修了証に記載されます。
* 同施設優先順位・・・同施設で複数名申し込みがある場合、記入して下さい。

上記データは、個人情報保護法に基づき無断で第三者に提供することは、ありません