

【申し込み先】※送り状は不要です。

公益社団法人 福岡県介護福祉士会 黒木・松尾 宛 (FAX 092-436-5234)

平成29年度 ファーストステップ研修 申込用紙

公益社団法人 福岡県介護福祉士会

		申込書記入日 平成29年 月 日	
ふりがな			
氏名	◆会 員 () ◆会員外 (※どちらかに○をつけてください)		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
職務との関係	1、職場から派遣・参加 2、個人参加 3、その他 ()		
自宅住所	〒		
自宅TEL	() -	日中連絡が取れる番号 (携帯電話・職場等)	() -
介護福祉士取得後 介護経験年数	年	介護福祉士 登録年月日	年 月 日
職場名			
職場所在地	〒		
職 種		現在職種の 経験年数	
受講科目 (いずれかに○を)	全科目 ・ 個別ケアのみ ・ チームケアのみ ・ 運営管理のみ		
受講決定通知 送付先	〒		
備 考	※「研修受講券」を利用する方はご記入ください。(例：研修受講券〇〇〇円分使用)		

※受講申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。