

公益社団法人福岡県介護福祉士会 **人 材 登 録 票**

年 月 日 現在

希望項目記入欄 (下記①～⑦より選択ください。 複数選択可能です。)		(写真)	
① 講師希望(各種受験対策、介護等講習会など) ② 事務局補助作業(ボランティア) ③ イベントスタッフ ④ 認定審査会委員(介護・障害) ⑤ 事業所責任者 ⑥ その他			
希望・要望があれば記入			
①のお答えの方 講義を行いたい内容			
活動可能日・希望職種など 「相談員希望」 「○曜日の○時～○時は活動可能」等なるべく詳細に			
会 員 番 号	4 0 -		
フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生まれ		
住 所	〒		
T E L 番 号・F A X 番 号	TEL	FAX	
携 帯 電 話 番 号			
メー ル ア ド レ ス			
勤 務 先 名 / 所 属			
勤 務 先 住 所			
勤 務 先 T E L			
昼 間 の 連 絡 先	・自宅	・勤務先	
介護福祉士取得年月日	年 月 日	・携帯電話	
介護支援専門員取得年月日	年 月 日		
その他福祉関係資格	(年 月 日取得)		
	(年 月 日取得)		
	(年 月 日取得)		
福祉関係職履歴	年	月	職 歴
備 考 欄			

※ この票に書かれている個人情報は、上記①～⑦の人材登録に関わる情報収集及び本人への連絡以外には一切使用致しません。