

申込先 : 福岡県介護福祉士会 行き (FAX 092-436-5234)

申込締切: 令和5年6月16日(金)

令和5年度介護福祉士実務者研修 申込書

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)		
自宅住所	〒		
日中連絡先	TEL (携帯)	FAX	
受講会場	福岡会場		
職場名			
職場住所	〒		
職場連絡先	TEL	FAX	
受講決定通知 送付先	・ 自 宅 ・ 職 場 (※必ずどちらかに○をつけてください。)		
実務経験年数	年 ヶ月 ※令和5年4月1日時点		
所持資格 ※必ずいずれかに「○」をつけてください。	①介護職員基礎研修修了者 ②介護職員初任者研修修了者 ③訪問介護員1級課程修了者 (ホームヘルパー1級) ④訪問介護員2級課程修了者 (ホームヘルパー2級) ⑤訪問介護員3級課程修了者 (ホームヘルパー3級) ⑥生活援助従事者研修 ⑦介護に関する入門的研修 ⑧認知症実践者研修 ⑨その他有資格書 (※事前に電話・FAX等でご相談の上、お申込みください) ⑩無資格者		
メールアドレス	※メールアドレスは、災害発生時、研修開催の有無についてなどをお知らせする為に使用しますので必ずご記入下さい		
備 考	「福岡県介護福祉士等修学資金貸付事業」の申請をしますか ・ 申請する予定 ・ 申請しない ・ 未定 ※希望される方は後日説明会を開催する予定です。 ※申請者全員が貸付を受けられるものではありません。		

※上記申込書は本研修以外の目的では使用いたしません。

※申し込みの際には、上記所持資格①～⑨の資格証・修了証を一緒にご提出ください。