

# 「障害者支援のための研修」 受講申込書

ふりがな			
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日 (年齢)	昭和 ・ 平成 年 月 日	年齢	歳
会員・非会員の別 <small>※介護福祉士会会員の方は 会員番号をご記入ください</small>	会員 (会員番号 ) 非会員		
勤務先名称		職種	
受講決定通知書 送付先住所	〒		
連絡先 <small>(昼間連絡が取れる電話番号)</small>			
受講希望日 <small>いずれかに○を付けてください</small>	全日 1/26 ・ 2/23	1/26 (土) のみ	2/23 (土) のみ

あなたの現在の正式職名の 経験年数をご記入ください	年	あなたの介護職の経験年数をご記入 ください	年
あなたが所持している国家資格をご記入下さい (複数回答)			
1. 介護福祉士    2. 社会福祉士    3. 精神保健福祉士 4. その他 (具体的に )			
あなたが介護サービスを提供している主な障害をご記入下さい			
1. 肢体不自由    2. 視覚障害    3. 聴覚・言語障害    4. 内部障害 5. 精神障害    6. 知的障害    7. 発達障害    8. その他 ( )			
あなたはサービス管理責任者研修を受講したことがありますか			
1. 受講したことがある    2. 受講したことがない    3. わからない			

交流会参加希望 (いずれかに○)	出席		欠席	
------------------	----	--	----	--

※記入漏れのないようご記入ください。  
 ※昼食はご自身でご準備ください。  
 ※交流会費用は4,000円です。  
 ※締切後、受講決定通知書及び受講料請求書を送付いたします。  
 ※お申し込みの際に頂いた個人情報については、受講者との連絡及び名簿作成・グループワークの際のグループ分けのためにのみ使用いたします。

**【お申込み】 公益社団法人 福岡県介護福祉士会 事務局**  
**FAX 092-436-5234**  
 郵送先：812-0013 福岡市博多区博多駅東1-1-16  
 第2高田ビル2F (TEL 092-474-7015)  
 申込締切り・平成31年1月8日(火)必着