

「実務者研修教員講習会」参加申込書

FAX 023-615-6521 山形県介護福祉士会事務局行き

申し込み〆切：令和7年11月20日（木）当日必着

FAX 送信日 平成 年 月 日

ふりがな			申込区分	・介護福祉士会会員 （会員番号 ） ・会員外
参加者氏名			（該当に〇）	
自宅住所	〒 —			
生年月日	西暦 年 月 日 （修了証発行の際に必要です）			
自宅 TEL			自宅 FAX	
勤務先				
勤務先住所	〒 —			
勤務先 TEL			勤務先 FAX	
現職名				
経験年数等 （申込日現在）	・介護福祉士国家資格取得年月 年 月 ・現職経験年数 年 ヶ月 ・福祉業務通算経験年数 年 ヶ月			
受講票送付先	どちらかに〇 自宅 / 勤務先（担当者名： ）			

※ご記入頂きました個人情報は本研修の運営管理以外では使用いたしません

事務局使用欄