送信先：山形県介護福祉士会事務局

ＦＡＸ　０２３－６１５－６５２１

令和５年度　ファーストステップ研修

受　講　申　込　書

フ リ ガ ナ	
氏　名	
生年月日	西暦　　年　　月　　日
性　別	男　・　女
会員番号	会員（　　－　　）　・　非会員
自宅住所	〒　　－ ＴＥＬ　（　　）　ＦＡＸ　（　　）
携帯番号	―　　―
介護福祉士資格 登録年月日	年　　月　　日
資格取得後実務 経験年数	年
基本研修 （旧初任者研修）	修了　・　未修了　・　研修期間中修了見込み
職場名・職種	職種：
職場所在地	〒　　－ ＴＥＬ　（　　）　ＦＡＸ　（　　）
受講決定通知 送付先	① 自　宅　　② 職　場

※非会員の方は介護福祉士の登録証写しを送付して下さい

※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。