介護福祉士実習指導者講習会申込書

〇必要事項を記入、該当箇所に丸を付けてください　　令和５年度

フリガナ 氏　名	男 ・ 女	生年月日 西 暦　　年　　月　　日 生 （　　歳）
１．介護福祉士会会員　（会員番号：060　　）（賛助会員　・法人　・個人　） ２．非会員		
実習指導者経験　　１．**未経験**　　２．**１～３年未満**　　３．**３年以上**		
本人住所　　〒 TEL　（　　）　　－		
勤務先名（施設名）		
施設住所　　〒 TEL　（　　）　　－ FAX　（　　）　　－		
施設における担当者（担当窓口） 氏名　　（役職：　　）		
請求書送付先 １．申込者本人　　２．施設内担当者		
備考		

＊上記個人情報は、本研修会にのみ使用します。

申込〆切　７月１１日（火）必着

事務局記入欄

一般社団法人山形県介護福祉士会（FAX　０２３－６１５－６５２１）