

認定介護福祉士養成研修参加申込書

ふりがな			男	生年月日	昭和・平成 年 月 日
氏名			女		(歳)
現住所	住所	〒 —			
	電話番号		携帯電話		
	FAX 番号		メールアドレス		
勤務先	名称		職種		
	住所	〒 —			
	電話番号		直通電話		
	FAX 番号		メールアドレス		
介護福祉士登録年月日	年 月 日		介護福祉士登録番号	第 —	
介護福祉士会への入会状況	1・会員 会員番号() 2・非会員 入会希望 あり()なし		ぐんま認定 介護福祉士	基本課程認定証番号 () 認定者研修修了証書番号 ()	
ファーストステップ研修	1. 修了 2. 未修了		認知症 介護指導者 研修	1. 修了 2. 未修了	
現任研修 (研修名と時間を記載)					
出身養成校	1・有 出身校名 ()		年 卒		
	2・無				
職歴 (役職名も含む)					
受講案内の送付先	自宅 ・ 勤務先		該当するほうに○を		
受付年月日	年 月 日		受付者名		
受付年月日	年 月 日		受付者名		

* 申し込みに関する個人情報については本研修会の運営面のみで使用させていただきます。

*** 介護福祉士資格証および研修の修了証のコピーを必ずご提出ください。**

<一般社団法人 群馬県介護福祉士会 >FAX 番号 : 027-255-6173

e-mail : info@gunma-careworkers.net