(一社)青森県介護福祉士会事務局　行　　ＦＡＸ ０１７－７３１－２００７

令和８年度　介護福祉士実習指導者講習会

＜受講申込書＞

申込締切：令和８年８月23日（日）

ふりがな	
氏 名	
日本介護福祉士会 会員の有無	※020 から始まる 7 桁の番号 会員（番号　　）・ 非会員 ・ 新規入会希望　＊いずれかに○印 ※新規入会希望者へは「受講決定通知」と「入会申込書」を送付いたします。
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日　　性別：男　女
介護福祉士登録番号	
実務経験年数	年　　ヵ月（※介護福祉士取得後）
受講決定通知送付先	自宅 ・ 勤務先　＊いずれかに○印
自宅住所 ※修了証に記載される為、必ず記入して下さい	〒　　－
自宅電話番号または 携帯電話番号	（　　）　　－
勤務先名	
勤務先住所	〒　　－
勤務先電話番号	（　　）　　－ 連絡担当者名（　　）

※個人情報は本講習会運営目的以外には使用いたしません。

※１施設１名の申込に限らせていただきます。（人数に余裕がある場合は、その限りではない）

※新規入会希望者は「入会申込書」が届きましたら、一週間以内にご提出をお願いします。