令和元年度 介護福祉士養成実習施設実習指導者特別研修会 参 加 申 込 書

※ 無記入の欄がございましたら申込書は無効とさせていただきます。

会員・非会員	正会員・	非会員	※正会員の方は会員番号をご記入ください。 ↓					
フ リ ガ ナ			介護福祉士会 会 員 番 号	3 8				
介護福祉士登録年月日	平成 年	月 日	介護福祉士 登録番号	第	_	-		
経 験 年 数	介護福祉士として介護の業務に従事した経験年数:(年か月)							
指導の有無	□現在、実習指導者である。 □研修後、実習指導者を担当予定。 □予定無し							
参加費入金方法	□個人名で入金。 □勤務先からの入金。記帳表示名⇒ ()							
生 年 月 日	昭和・平成	年	日生					
自 宅 住 所	〒 −		TEL (FAX ()	_ _			
勤務先名称								
勤務先所在地	〒 −		TEL (FAX ()	_ _			
決定通知書送付先		□ 自宅		□勤務分	先			
入会申込	※ 本研修会受講を機会に、一般社団法人愛媛県介護福祉士会への入会を希望する場合は、下記を○で囲んでください。一 入会を希望します ー							

- ※ 本申込書で取得した個人情報については、その取り扱いに十分留意し、研修会の運営管理・登録等以外の 目的では使用いたしません。
- ※ 本研修会受講を機会に本会へ入会される方は、会員価格で受講できます。
- ※ 地図の詳細につきましては、受講決定通知書と同封させていただきます。

申込〆切 令和2年1月7日(火)必着

申し込み先 一般社団法人愛媛県介護福祉士会事務局 ※FAX可

FAX 089-987-6047 (送信紙は不要です。)