

# 平成 29 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	↓					
氏名	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	<input type="checkbox"/> 現在、実習指導者である。 <input type="checkbox"/> 研修後、実習指導者を担当予定。 <input type="checkbox"/> 予定無し					
優 先 順 位	同じ施設から1名以上の参加がある場合の申込者の優先順位 ⇒ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					
参加費入金方法	<input type="checkbox"/> 個人名で入金。 <input type="checkbox"/> 勤務先からの入金。記帳表示名⇒ ( )					
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生					
自 宅 住 所	〒 —  <div style="text-align: right;">TEL ( ) — FAX ( ) —</div>					
勤 務 先 名 称						
勤 務 先 所 在 地	〒 —  <div style="text-align: right;">TEL ( ) — FAX ( ) —</div>					
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。 <p style="text-align: center;">— 入会を希望します —</p>					

※ 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 ✕ 切**    平成 30 年 1 月 10 日 (水) 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

## F A X   0 8 9 - 9 8 7 - 6 0 4 7 (送信紙は不要です。)