

FAX

089-987-6047

2024年度介護福祉士ファーストステップ研修 申込書
主催：(公社)日本介護福祉士会/(一社)愛媛県介護福祉士会

下記必要内容記載してください

氏名(フリガナ)	氏名： (フリガナ)		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 歳		
勤務先(施設種別)	(施設種別)		
勤務先住所	〒		
自宅住所	〒		
連絡がつく電話番号			
決定通知書送付先	自宅 勤務先		
メールアドレス	(データのやり取りができるアドレス)		
介護福祉士登録年月日	年 月 日	資格取得後 の介護業務 従事年数	年 月
介護福祉士登録番号			
会員の有無	<input type="checkbox"/> 会員(番号：) <input type="checkbox"/> 非会員		
受講費用	<input type="checkbox"/> 一括払い	決定通知書に振込先及び期日記載	
	<input type="checkbox"/> 分割払い		
その他質問等あれば 記載ください	(申込みを機に会員希望の方もご記入ください：会員価格となります)		

* 申し込みに関する情報は、個人情報保護法に基づきこの研修連絡等以外には使用することはありません

* 会員様で番号不明の方は空白でかまいません。こちらで確認いたします