令和４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					
氏名									
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⇒（　　）								
領収証の要否	□要　領収証宛名⇒□本人　□事業所名等（　　）□不要								
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生								
自宅住所	〒　　－ ＴＥＬ（　　）　　－ ＦＡＸ（　　）　　－								
勤務先名称									
勤務先所在地	〒　　－ ＴＥＬ（　　）　　－ ＦＡＸ（　　）　　－								
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。 **－　入会を希望します　－**								

※　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。

※　領収証が必要な方は、ご記入をお願いいたします。希望者のみ、研修当日にお渡しさせていただきます。

※　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。

※　受講当日のみ　連絡先　080-4031-1179

※　コロナ情勢によって中止せざるを得ない場合、ＨＰ、Facebook、申込者への連絡を随時させていただきます。

申込〆切　令和４年５月２０日（金）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　０８９－９８７-６０４７（送信紙は不要です。）