

# 令和3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	<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						
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	〒 -  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。 <b style="text-align: center;">- 入会を希望します -</b>						

※ 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。

※ 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3年6月4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 089-945-7699 (送信紙は不要です。)**