

令和7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 一				
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	〒 一						
	TEL () 一 FAX () 一						
勤 務 先 名 称							
勤務先所在地	〒 一						
	TEL () 一 FAX () 一						
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×切] 令和7年12月19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

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