

令和4年度 新カリキュラム対応 介護実習 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							
受講要件	<input type="checkbox"/> 介護福祉士実習指導者研修会の修了者であって、現に介護実習指導者として実習指導にあたる者、またはあたる予定のある						
指導の有無 (指導経験年数)	<input type="checkbox"/> 現在、実習指導者である (年) <input type="checkbox"/> 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⇒ ()						
領収証の要否	<input type="checkbox"/> 要 領収証宛名⇒ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 事業所名等 () <input type="checkbox"/> 不要						
生年月日	昭和・平成 年 月 日生						決定通知書 送付先に○
自宅住所	〒 —						
	TEL () —						
	FAX () —						
勤務先名称							
勤務先所在地	〒 —						
	TEL () —						
	FAX () —						
Zoom研修の 場合参加の 有無	感染状況によってZoom研修になった場合 参加します 参加しません						

- ※ 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。
- ※ 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1月6日(金) 消印

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。)