

* 2024 年度 介護福祉士実習指導者講習会 参加申込書④ *

2024 年 月 日

フリガナ			会員 ・ 一般 (どちらかに○)
氏 名			会員番号(会員の方はご記入ください)
生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日	
連絡先電話番号 (○印)	① 自宅・携帯・勤務先		② 自宅・携帯・勤務先
自宅住所	〒 - (※自宅住所は修了証に記載されますので正確にご記入ください)		
書類送付先 (○印)・住所	自宅 ・ 勤務先	〒 -	
勤務先名称			
参加費 支払方法 (○をつけて 必要事項を ご記入ください)	【 会 員 】 全 額 (25,000 円) 振込		
	【 会 員 】 研修受講券 () 枚 利用し、残額を振込 ※利用する受講券の種類(どちらかに○をしてください。 【 日本介護福祉士会の発行 ・ 岡山県介護福祉士会新入会特典 】		
	【 一 般 】 全 額 (50,000 円) 振込		

※介護福祉士資格取得後、介護等業務に3年以上従事した方が対象です！

介護福祉士資格取得後の主な職歴 (勤務先、職種を必ずご記入ください)	勤務年数
勤務先 ()・職種 ()	年 ヶ月
勤務先 ()・職種 ()	年 ヶ月
勤務先 ()・職種 ()	年 ヶ月
勤務先 ()・職種 ()	年 ヶ月
合 計	年 ヶ月

申込締切：2024 年 6 月 25 日 (火)

※締切日前でも定員に達した場合は受付を終了することがあります。

H