

認定介護福祉士養成研修参加申込書

年 月 日

ふりがな			男 女	生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
氏 名					
現住所	住 所	〒 -			
	電話番号		携帯電話		
	※日中連絡可能な番号をご記入ください		メールアドレス		
勤務先	名 称			職 種	
	住 所	〒 -			
	電話番号		直通電話		
	FAX 番号		メールアドレス		
介護福祉士 登録年月日	年 月 日			介護福祉士 登録番号	第 -
介護福祉士会 入会状況	1. 会 員 会員番号 () 2. 会員外 入会希望 (あり なし)				
ファースト ステップ研修	1. 修 了 (年 月 修了) 2. 未修了				
研修履歴 (研修名・時間数 を記載) 100 時間以上					
出身養成校	1. 有 出身養成校名 () 2. 無				
職 歴 (役職名含む)					
受講案内の 送付先	自宅 ・ 勤務先 該当する方に○印をつけてください				
受付年月日	Ⅰ 類 年 月 日			※太枠内は未記入でお願いします	
	Ⅱ 類 年 月 日				

※介護福祉士資格証および研修修了証のコピーを必ずご提出ください。

※受講申し込み書に記載された個人情報は、本研修の運営管理の目的にのみ使用させていただきます。

一般社団法人岡山県介護福祉士会 FAX 番号：086-222-6780

e-mail：okayamakaigo@woody.ocn.ne.jp

申し込み締め切り日

2026 年 1 月 31 日 (土) 当日消印有効