

# 認定介護福祉士養成研修参加申込書

年 月 日

ふりがな		男		
氏名		女	生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)
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 終了) 2. 未修了			
現任研修 (研修名と時間 を記載) 100 時間以上				
出身養成校	1. 有 出身校名 ( ) 2. 無			
職歴 (役職名も 含む)				
受講案内の 送付先	自宅	勤務先		該当する方に○
受付年月日	I 類	年	月	日
	II 類	年	月	日
※太枠内は未記入でお願いします				

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。

一般社団法人 岡山県介護福祉士会 FAX 番号 : 0 8 6 - 2 2 2 - 6 7 8 0

e-mail : okayamakaigo@woody.ocn.ne.jp

申し込み締め切り日      2019 年 8 月 9 日 (金)
-----------------------------------