

【申し込み先】※送り状は不要です。

公益社団法人 福岡県介護福祉士会 (FAX 092-436-5234)

令和5年度 ファーストステップ研修 申込用紙

公益社団法人 福岡県介護福祉士会

		申込書記入日		年	月	日
ふりがな			◆会 員 ()			
氏 名			◆会員外 (※どちらかに○をつけてください)			
生年月日	昭和・平成 (いずれかに○をつけてください)		年	月	日	
職務との関係	1、職場から派遣・参加		2、個人参加	3、その他 ()		
自宅住所	〒					
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 職場 (呼び出しの場合の部署等あればお知らせください)					
介護福祉士取得後 介護経験年数	年	介護福祉士 登録年月日	年	月	日	
職場名						
職場所在地	〒					
職 種			現在職種の 経験年数			
受講科目 (いずれかに○を つけてください)	<input type="checkbox"/> 全科目 <input type="checkbox"/> 領域受講 : 個別ケア ・ チームケア ・ 運営管理 <input type="checkbox"/> 部分受講 受講希望日を記入してください。					
メールアドレス ・受講決定通知 ・課題内容連絡 に使用します	※添付ファイル確認ができるメールアドレスをご記入ください。数字やアルファベットは区別がつくようにお願いします。 @					
備 考	※「研修受講券」を利用する方はご記入ください。(例：研修受講券〇〇〇円分使用)					

※受講申込書に記載された個人情報には、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。

※社会情勢(感染症拡大防止対応等)を踏まえて開催時期などを変更する場合があります。
変更時は改めて本会ホームページ等を通して告知いたします。予めご了承ください。

4月広報