

公益社団法人福岡県介護福祉士会 人材登録票

年 月 日 現在

希望項目記入欄 (下記①～④より選択ください。 複数選択可能です。)		(写真)
① 講師希望(各種受験対策、介護等講習会など) ② 認定審査会委員(介護・障害) ③ 事務局補助作業(ボランティア)		
④ その他		
希望・要望があれば記入		
①のお答えの方 講義を行いたい内容		
活動可能日・希望職種など 「相談員希望」 「○曜日の○時～○時は活動可能」等なるべく詳細に		
会員番号	4 0 -	
フリガナ		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生まれ	
住所	〒	
TEL番号・FAX番号	TEL	FAX
携帯電話番号		
メールアドレス		
勤務先名 / 所属		
勤務先住所		
勤務先TEL		
昼間の連絡先	・自宅	・勤務先
介護福祉士取得年月日	年	月 日
介護支援専門員取得年月日	年	月 日
その他福祉関係資格	(年 月 日取得)	
	(年 月 日取得)	
	(年 月 日取得)	
福祉関係職履歴	年	月 職歴
備考欄		

※ この票に記入された個人情報は、上記①～④の人材登録に関わる情報収集及び本人への連絡、会員情報管理以外には利用致しません。