

令和4年度介護福祉士  
ファーストステップ研修受講申込書

令和4年 月 日申込

いずれかに○をつけて下さい。					
会 員 ( 4 4 - ) ・ 非会員			入会を希望する		
フリガナ				性別	男 ・ 女
氏 名					
住 所 (自宅)	〒 -				
自宅 連絡先			携帯 連絡先		
<b>【必須】</b> メールアドレス					
※ メールアドレスは受講についてやZOOM招待メール、資料の送付に利用します。 ※ 手書き文字の場合I(エル)やI(アイ)など判別が付き辛い場合があります。お手数ですがアドレスにフリガナをお願いします。					
いずれかに○をお願いします。					
受 講 環 境	受講場所	施設	自宅	その他 ( )	
	使用機器	※パソコンでの参加をお願いします。 ※タブレットでの参加は要相談。スマートフォンでの参加は不可			
	オンライン研修 受講経験	あ り		な し	
事前サポート		希望する ※ご希望の方には事務局よりご連絡致します。 その際に日程を調整いたします。		希望しない	
生年月日	年 月 日	介護福祉士 登録番号			
資格取得 年月日	年 月 日	資格取得後 実務経験年数		年	
勤務先 施設名				職 種	
勤務先 住所					
受講動機	職場のすすめで受講 ・ 個人の希望で受講 ・ その他				
受講料のお 支払いにつ いて	①～③のご希望に○をつけて下さい。				
	① 一括払いを希望する	② 2回分割払いを希望する	③ 3回分割払いを希望する		

上記のとおり受講を申し込みます。

令和3年 月 日

締 切 日 令和4年7月19日(火) 必着

【お問い合わせ先】〒870-0921 大分市萩原4-8-58 大分県整骨会館3階  
一般社団法人大分県介護福祉士会 TEL097-551-6555 (火～土曜日 10時～16時在局)