

令和5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5年 月 日申込

いずれかに○をつけて下さい。				
貴方の所属の 介護福祉士会名		会員番号		
フリガナ				性別 男 ・ 女
氏名				
住所 (自宅)	〒 —			
自宅 連絡先			携帯 連絡先	
【必須】 メールアドレス				
<small>※ 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。</small>				
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推奨しています。 <small>※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</small>		
	オンライン研修 受講経験	あ	り	な
事前サポート		希望する <small>※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。</small>		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
※大分県外の受講希望者は基本研修修了証のコピーを事務局へ送付して下さい。メール添付,FAX可				
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5年 月 日

締 切 日 令和5年7月21日(金) 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)