

**【FAX 083-987-0125】 山口県介護福祉士会事務局行**  
**令和3年度 介護福祉士実習指導者講習会**  
**受講申込書**

申込日： 年 月 日

勤務先	勤務先名		施設種別	
	所在地	〒           —		
	TEL			

受講者	フリガナ			優先順位
	氏名			※1
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	自宅住所	〒           —		
	自宅TEL		携帯 TEL	
	介護福祉士会への入会状況	<input type="checkbox"/> 正会員(会員 NO. 35— ) <input type="checkbox"/> 会員外		

※該当するほうにレ字を付けてください。

※1 同一施設から複数名の受講申込の際は、優先順位の高い順から、「1番」、「2番」等を記入してください。

資格等について	介護福祉士資格の取得年月	(西 暦)	年	月
	介護福祉士としての経験年数	(通算年数)	年	か月
	実習指導の状況 * 該当するところにレ字を付けてください。	<input type="checkbox"/> 過去3年間で実習指導をしている <input type="checkbox"/> 今後実習指導をする予定 <input type="checkbox"/> 現在予定はない(未定)		

介護福祉士会入会について * 希望の際はレ字を付けてください。	<input type="checkbox"/> 入会希望する (初年度のみ入会金 5,000 円 + 年会費 8,000 円)
------------------------------------	---

**【受講申込者(所属長)記入欄】**

上記の者を標記研修会に受講させたく申し込みます。

(所属長) 役職名: \_\_\_\_\_ (所属長) 氏名: \_\_\_\_\_ 公印