

平成 29 年度リーダー研修会（介護福祉士基本研修講師養成研修）

受 講 申 込 書

申込日 月 日

ふりがな		会員番号	
氏名		男 ・ 女	年 月 日生
リーダー研修（前期） 講師養成特別講座に ついて	1. 受講したことがある（平成 年度 修了） 2. 今年度受講予定		
介護福祉士初任者 研修について	1. 受講したことがある 2. 講師又は助言者を担当した（科目名： ）		
支部または行政 主催研修の教授歴	主催団体名（ ） 教授科目名（ ）		
研修券	使用する	使用しない	円分

連絡先(受講通知送付先)	自宅 ・ 勤務先	TEL
住所〒		FAX
携帯	Eメール (携帯不可)	
勤務先名称		
職種	役職	

※ 初めて後期介護福祉士基本研修を申し込まれる方が優先となります。

※ 記入漏れのないようご記入下さい。

※ お申し込みは日本介護福祉士会までお願いいたします。

（本研修に関する問い合わせ先）

公益社団法人日本介護福祉士会事務局 東京都港区虎ノ門 1-22-13 西勘虎ノ門ビル 3 階

TEL 03-3507-0784 FAX 03-3507-8810 E-mail arauchi@jaccw.or.jp

お申し込みは日本介護福祉士会まで

締切：平成 29 年 12 月 25 日（月）