

平成 27 年度 実習施設・事業所等 実習指導者特別研修会

受講申込書

申込日:平成 27 年 月 日

勤務先	勤務先名		施設種別	
	所在地	〒 ー		
	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	〒 ー	
	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ー ) <input type="checkbox"/> 会員外	

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)
---------------------------------------	---

※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。

【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