平成 29 年度　介護福祉士実習指導者講習会
受 講 申 込 書

申込日:平成 29 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	☐ 正会員(会員 NO. 35－　　) ☐ 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。	☐ 過去3年間で実習指導をしている ☐ 今後実習指導をする予定 ☐ 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。	☐ 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