

# 平成30年度介護福祉士ファーストステップ研修 受講申込書

平成 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所 連 絡 先	〒 — TEL (携帯) — —		
メールアドレス	@		

### 【所属先施設・事業所】

事業所名		事業所に おける役職	
所 在 地 連 絡 先	〒 — TEL — —		

【介護福祉士会への入会状況】 ※□にレを記入してください。

介護福祉士の会員 → (会員 NO )  入会していない

### 【生涯研修ポイント取得状況】

介護福祉士の会員の方は生涯研修手帳の「日本介護福祉士会及び支部主催の研修記録」(コピー)を添付してください。

※30ポイント以上所持されている方を優先します。

生涯研修制度における取得済みポイント数 ( ) ポイント

### 【経験年数】

※福祉サービスへの従事期間、年数、役職(業務内容)について記入してください。

従事期間	年・月数	職 名 (業務内容) 等
例) H27.4~H29.3	2年	〇〇〇特別養護老人ホーム 介護職
従 事 期 間 合 計		_____ 年 _____ ヶ月

【受講料の支払い方法】 ※希望する回数の□にレを記入してください。

一括  2回分割  3回分割

5月18日(金)までに郵送で申し込んでください。