

平成30年度 介護福祉士実習指導者講習会申込書

ふりがな 名前	男 女	介護福祉士会 会員番号	会 員 (190 )  非会員
自宅住所	〒		
電話番号		実務経験年数	年 月
生年月日 (和暦で記入)	昭和・平成 年 月 日 ( 歳) ↑ 該当に○印		
決定通知書 送付先	〒  自宅 ・ 事業所 ←どちらかに○		
備考			

\*決定通知書の送付先が事業所の場合、必ず事業所名をご記入ください。

「申込書」及び「実務経験証明書」「介護福祉士登録証」を下記まで郵送してください。

《問合せ先》 〒400-0306 山梨県南アルプス市小笠原1368-10 事務所2階 一般社団法人山梨県介護福祉士会事務局 TEL055-282-7433 FAX055-267-6955
--

# 実務経験証明書

平成 年 月 日

一般社団法人山梨県介護福祉士会会長 甘利俊明 殿

施設又は事業所の 所在地及び電話番号	〒   Tel( ) -
施設又は事業所の 名称及び代表者氏名	   印

次の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

申込者氏名		
申込者住所	〒   Tel( ) -	
介護福祉士取得後の 介護業務従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 ヶ月)	

\* 複数の施設及び事業所より証明を受ける場合はコピーし、施設及び事業所ごとに証明書を作成してください。