山梨県介護福祉士会　　ＦＡＸ　055-267-6955

平成３０年度　ファーストステップ研修会受講申込書

ふりがな		性　別
氏　名		男 ・ 女
生年月日	西暦　　年　　月　　日生	
会員番号	1 9	会員 ・ 賛助会員 ・ 非会員
受講方法	①全日程受講	
	②領域単位での受講	第１領域 ・ 第２領域 ・ 第３領域 ※今回の研修会で受講する領域に○をつけてください
受講要件の研修修了年	介護福祉士基礎研修（前介護福祉士初任者研修）　　年修了 実習指導者養成研修　　年修了	
介護福祉士としての経験年数		年
自宅住所	（〒　　） TEL　　／ FAX	
勤務先名		
勤務先住所	（〒　　） TEL　　／ FAX	
日中連絡が取れるＴＥＬ番号	（ 自宅 ・ 職場 ・ 携帯 ）	

※当てはまる項目に○印、記入欄にはもれなく記入をお願いします。
※ご記入いただいた個人情報は本研修に関する連絡のみに使用し、その他の目的には使用しません。