



# 平成30年度 介護過程の展開力を培う研修 申込用紙

氏名	(ふりがな )		男性	女性		
生年月日	昭和・平成	年	月	日生まれ	満	才
区分	会員【会員番号	】	非会員	どちらかに○		
所属(勤務先)						
資格登録年	平成	年				
住所	<input type="checkbox"/> 勤務先 〒  <input type="checkbox"/> 自宅 〒					
電話番号	事務連絡など確実に連絡がとれる番号  — —					
研修会受講状況	・介護福祉士基本研修 ・ファーストステップ研修会 ・その他( ) <span style="float: right;">             ・介護福祉士実習指導者講習会              ・認定介護福祉士講習会           </span>					

ファックス番号

055-267-6955

- ・必要事項は全てご記入下さい。
- ・定員超過の場合もご連絡を申し上げます。
- ・今回知り得た個人情報につきましては研修以外の目的で使用いたしません。
- ・その他お問い合わせ 一般社団法人山梨県介護福祉士会事務局055-282-4733  
(電話対応は平日の9時～16時まで)