

# 令和6年度 介護福祉士実習指導者講習会 申込書

フリ ガナ  
氏 名：

※氏名は必ずフリガナをご記入ください。

生年月日：昭和・平成 年 月 日（満 歳）

◎申込者自宅住所：（〒 — ）

長崎県

TEL（日中連絡が取れる連絡先）

E-mail

勤務先名

（例）特別養護老人ホーム・老人保健施設・通所介護事業所 等

所属する種別

◎受講決定通知書送付先

住 所（〒 — ）

長崎県

送付先名

介護福祉士登録年月日（ 年 月 日）

介護福祉士資格取得後の経験年数（ 年 ヶ月）

介護福祉士会会員の有無 有 ・ 無

会員の方で会員番号がお分かりの方はご記入ください（会員番号 420 ）

※ご記入漏れがないようにお願いいたします。

この申し込みに関する個人情報、本研修以外には使用いたしません。