

令和8年度

介護福祉士基本研修 申込書

氏名	(ふりがな)
生年月日	西暦 年 月 日生 満 歳
区分	会員 (会員番号) いづれかに○をつけてください。 非会員・非会員で申し込みと同時に入会希望
所属 (勤務先)	
資格登録日	西暦 年 若しくは 平成・令和 年
住所	勤務先 〒 自宅 〒
電話番号	事務連絡など確実に連絡がとれる番号
メールアドレス (必須)	_____

ファックス番号 095-842-1310

- 必要事項は全てご記入ください。
- 受付後、振込先をメールでお知らせいたします。
- 介護福祉士会会員で全日程修了者には、研修ポイント 24 ポイント付与されます。
- 全日程修了者には、受講修了証をお渡しいたします。
- 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致しません。

お問い合わせ先

一般社団法人長崎県介護福祉士会 事務局

〒852-8104 長崎市茂里町 3-24 長崎県総合福祉センター県棟 4 階

TEL 095-842-1237 (平日 10:00~17:00 土・日・祝日休み)

E-MAIL nagasakikaigofukusi@lagoon.ocn.ne.jp