**令和5年度 介護福祉士基本研修Ⅱ　受講申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者氏名　（性別） | フリガナ | 生 年 月 日 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　） | S　・　H 年　　月　　日 |
| 　勤務先（所属先） | 法人名施設名住所　〒電話　（　　　　）　　　　　　　　　FAX施設の種別　１．老人福祉施設　２．介護老人保健施設　　　　　　３．障害者施設　　４．その他（　　　　　　　　　） |
| 連絡先日中連絡のとれる電話番号 | 住所　〒Email:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　（　　　　）　　　　　　　　　FAX |
| 受講希望 | 1. 全日程（4日間）
2. 選　択　 第　　日目（　　月　　日）

第　　日目（　　月　　日）第　　日目（　　月　　日） |
| 会員・非会員の別**＊いずれかに○印** | 　　　会員　・　非会員　・　入会手続き中（会員の場合は会員番号　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講希望回が定員に達していた場合**（複数回答　可）** | ・今回キャンセル待ちをする　　　・次回開催での参加を希望する・次年度以後で申込みを検討する　・受講希望しない |
| 勤務先名簿掲載の可否 | 　　　　可　・　不可 |
| **【申込者　記入欄】　本人　・　事業所　（いずれか〇で囲んでください）**事業所名及び役職名　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

＊申込者の個人情報は、介護福祉士基本研修の運営目的以外には使用いたしません。

**締切日：令和5年12月1日(金)必着**