

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	
連絡先 日中連絡のとれる電話番号	住所 〒	
	電話 () FAX	
受講希望	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 ()	
	住所 〒	
会員・非会員の別 *いずれかに○印	Email: _____	
	電話 () FAX	
受講希望回が定員に達して いた場合 (複数回答 可)	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)	
勤務先 名簿掲載の可否	会員 ・ 非会員 ・ 入会手続き中	
	(会員の場合は会員番号)	
【申込者 記入欄】 本人 ・ 事業所 (いずれか○で囲んでください)	・ 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	
事業所名及び役職名	可 ・ 不可	
	_____ 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