

FAX⇒022-399-6570 宮城県介護福祉士会事務局宛

令和7・8・9年度 岩沼市障害認定審査会委員選抜応募用紙

発信日 令和 年 月 日

1. 障害支援区分認

連絡先	勤務先		電話番号(自宅・勤務先)
	自宅住所	〒	携帯電話
	会員番号 (ふりがな) 氏名	No. _____	FAX ()
	※必須 E-mail:		
略歴	・介護福祉士資格取得年月 年 月 (介護歴計 年 力月) ・これまでの就業先 (あてはまるものに☑、従事した年数を記入ください) <input type="checkbox"/> 特養 (約 年) <input type="checkbox"/> 老健 (約 年) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (約 年) <input type="checkbox"/> 通所介護 (約 年) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 (約 年) <input type="checkbox"/> グループホーム (約 年) その他 (: 約 年)		
備考	連絡可能な曜日・時間		

志望動機

*Email または郵便・FAX にて令和7年3月17日(月)消印有効で応募してください。
*確認等で連絡を取るのに都合のよい曜日・時間等あれば備考欄にご記入ください。