

別紙 1

公益社団法人新潟県介護福祉士会 福祉用具専門相談員指定講習会 受講申込書

私は貴会の実施する福祉用具専門相談員指定講習会に受講申込みます。

| | | | | |
|---------|---|--------|------------------------|----|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 申込氏名 | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| 自宅住所 | (〒 -) | | 日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話) | |
| 現在の就業状況 | 勤めている ・ 勤めていない ・ 学生 (どちらかに○を囲ってください。勤められている方は下記の勤務先関連への記入もお願いいたします。) | | | |
| 勤務先住所 | 名称 | | 勤務先電話番号 | |
| | 所在地 | (〒 -) | 勤務先での職種内容 | |
| | | | その職種経験年数 | |
| 送付先 | 自宅 ・ 勤務先 (どちらかに○を囲ってください。) (受講票、案内文書等の関係書類送付先) | | | |
| 受講動機と目的 | | | | |

※事務局記入欄(記入しないで下さい。)

| | | |
|--------|----------|------|
| 受講書受付日 | 受講料入金確認日 | 特記事項 |
| | | |

申込先 FAX番号 025-281-7710

公益社団法人新潟県介護福祉士会 事務局 まで

※受付番号 _____