

**令和8年度 介護福祉士養成実習施設 実習指導者研修会
受講申込書**

受講希望 (希望回を○で囲んで下さい)		第1回 ・ 第2回	
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名		生年月日 年齢	西暦 年 月 日 (歳)
自宅住所	〒 ー	電話番号	ー ー
		FAX	ー ー
勤 務 先	事業所名		
	〒 ー	電話番号	ー ー
		FAX	ー ー
書類送付先 及び連絡先	勤務先 ・ 自宅 (いずれかを○で囲んで下さい)		
介護福祉士 資格取得年	西暦 年 月		
実務経験年数	※資格取得後経験年数 現職 年 か月 / 通算 年 か月		
現況	<input type="checkbox"/> 現に実習指導している <input type="checkbox"/> 今後実習指導する予定 <input type="checkbox"/> 未 定		
介護福祉士会 会員/非会員	会員 (会員番号: 15ー) ・ 非会員		
介護福祉士 登録番号	<u>※登録証添付必須</u>		
受講定員に達していた場合のキャンセル待ちについて する ・ しない			

【受講申込者所属長記入欄】
 上記の者の受講を推薦致します。
 年 年 日
 事業所名
 役 職 名
 氏 名 (印)

<申込方法>

- ①上記申込書に必要事項を全て記載し、所属長印を押印して下さい。
- ②介護福祉士国家資格登録証のコピーを添付して郵送して下さい。(送料本人負担)