

## 注意事項(必ずお読み下さい)

- ・下記申込書に記入の上、FAX・郵送等でお申込みください。当会HPからもお申込受付いたします。
- ・受講票等は発送いたしませんので、当日は直接会場までお越しください。
- ・受講料のお支払いは当日受付でお願い致します。
- ・郵送でのお申込の方は、控えとして各自で必ずコピーを行い手元に保管してください。
- ・定員を越えるお申込があった場合は、ご連絡させて頂く場合がございます。
- ・会場参加者は、実技に適した服装と内履き、筆記用具の持参をお願いいたします。(会場内マスク着用必須です)

### 新潟県介護福祉士会 下越ブロック研修

## 2025. 7. 27 「入浴技術研修会」参加申込書

◆下記の必要事項を記入して、FAXまたは郵送でお申込みください。

締切:7月4日(金)

ふりがな		申込区分 (該当に ○)	・ 介護福祉士会会員 (会員番号15 - )	
参加者氏名			・ 非会員	
勤務先 サービス種別 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他 ( )	介護職 経験年数	<input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上3年未満 <input type="checkbox"/> 3年以上5年未満 <input type="checkbox"/> 5年以上10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上	

連絡先住所先 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 参加者自宅 ・ <input type="checkbox"/> 勤務先
連絡先住所	〒 -
勤務先名	
電話番号	※日中連絡可能な連絡先
メールアドレス	

※本研修は、申込後「受講票」を発行いたしません。あらかじめご了承ください。  
ご記入頂きました個人情報、本研修の運営管理以外では使用いたしません。  
研修終了後は、当会事務局で責任を持って破棄いたします。

(申し込み先)  
新潟県介護福祉士会事務局  
〒950-0994 新潟市中央区上所2-2-2  
新潟ユニゾンプラザ3F  
TEL 025-281-5531 担当 五百川・真保  
**FAX 025-281-7710**

(Googleフォームから申し込む)



受付者	受付番号