

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。

新潟県介護福祉士会 下越ブロック研修

2025. 12. 20 「共生社会を支える介護福祉士の役割～認知症ケアの実践と意思決定支援～」

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:11月30日(日)

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☑)	☐ 訪問介護 ☐ デイサービス ☐ ショートステイ ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☐ 有料老人ホーム ☐ ケアハウス ☐ グループホーム ☐ 小規模多機能 ☐ その他 ()		介護職 経験年数	☐ 1年以内 ☐ 1年以上3年未満 ☐ 3年以上5年未満 ☐ 5年以上10年未満 ☐ 10年以上
連絡先住所先 (該当に☑)	☐ 参加者自宅 ・ ☐ 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