

注意事項(必ずお読み下さい)

- ・申込受付後、研修受講料等のご案内をメールにてお知らせ致します。(下記の申込書にメールアドレスを必ず記載して下さい。)
- ・お振込機関は「第四北越銀行」か「ゆうちょ銀行」からお選び頂き、受講料納入が確認出来次第、申込受理となります。
- ・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。
- ・会場には無料駐車場がございますが、他研修等により混雑する場合も予想されますので、なるべく公共交通機関をご利用ください。
- ・オリエンテーションを開始10分前に行いますので、会場にてお待ちください。
- ・内容によっては演習(グループワーク等)も含まれますので、予めご了承ください。
- ・研修の進行状況によって終了時間が前後する場合がございますので、予めご了承ください。

新潟県介護福祉士会 介護福祉士現任研修

2026. 9. 18「ノーリフティングケア実践」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:9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
お振込機関 (受講料) ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 第四北越銀行 ・ <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行		
メールの送付先 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 受講者 ・ <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	Mailアドレス： ※必ず記載してください		
受講者住所	〒 -		
電話番号	※日中連絡可能な連絡先		
勤務先名			

*会員の方で日本介護福祉士会から配布された研修受講券を使用される方は事務局にご連絡ください。
※本研修は、申込後「受講票」を発行いたしません。受講料の納入確認が出来次第、申込完了となります。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)

(Googleフォームから申し込む)

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
ユニゾンプラザ3F
TEL 025-281-5531 担当 五百川・真保

FAX 025-281-7710



受付者	受付番号