

徳島県介護福祉士会行き FAX (088) 642-7544

申込締切日：2/10(火)

徳島県介護福祉士会

令和7年度 介護福祉士基本研修 受講申込書

※下記必要事項を全てご記入又は○印をお付け下さい。

フリガナ				※どちらかを○印で囲んで下さい。
氏 名			性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)			
区 分	① 会 員 ② 非会員 (会員の場合は会員番号)			
住 所 (自宅)	〒 ー ※郵便番号・ご住所は正しく必ずご記入下さい			
勤 務 先	法人名			
	施設名			
	施設の種別 1. 老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 障害者施設 4. その他 ()			
	役職・職種			
住 所 (勤務先)	〒 ー ※郵便番号・ご住所は正しく必ずご記入下さい			
介護福祉士資格取得年		平成 年		
介護福祉士登録番号		第 ー 号		
資格取得後、介護福祉士としての経験年数				年 ヶ月

※申込者の個人情報は、介護福祉士基本研修の運営目的以外には使用しません。