

長野県介護福祉士会研修申込書

研修名

事業所担当者名 _____

申込日 年 月 日

フリガナ			職 名
氏 名			
会 員	200 _____ (必ずご記入下さい。)		非会員
入会希望	会員希望あり (入会手続きを研修前にしていただければ会員扱いとします。入会申込書を電話で取り寄せてから、下記に郵送して研修を申込み下さい。)		
年 数	介護福祉士取得後	年	実務経験
			年
サ責研修のみご記入下さい。	サ責経験	有 無	サ責経験年数
			年
リスクマネジメントのみ記入下さい。	初級		中堅
生年月日	年	月	日 歳
			男 女
勤務先の名称			
勤務先住所	〒		
勤務先連絡	TEL	FAX	
自宅住所	〒		
自宅連絡(携帯)	TEL	FAX	
FAX希望先	(勤務先以外を希望する場合のみ記入)		
受講決定通知	受講決定した方に受講通知ををFAXでお知らせしますので、期日内に手続きをお願いします。		

公益社団法人長野県介護福祉士会

〒380-0928

長野市若里7-1-7 長野県社会福祉総合センター5階

TEL 026-223-6670

FAX 026-223-6679