

(別紙2)

**平成23年度
介護福祉士養成実習施設実習指導者特別研修会
参加申込書**

※ 無記入の欄がございましたら申込書は無効とさせていただきます。

会員・非会員	正会員 ・ 非会員	※正会員の方は会員番号をご記入ください。 ↓					
フリガナ		介護福祉士会 会員番号	3	8			
氏名							
介護福祉士 登録年月日	平成 年 月 日	介護福祉士 登録番号	第	—			
経験年数	介護福祉士として介護の業務に従事した経験年数：(年 か月)						
指導の有無	<input type="checkbox"/> 現在、実習指導者である。 <input type="checkbox"/> 研修後、実習指導者を担当予定。 <input type="checkbox"/> 予定無し						
優先順位	同じ施設から1名以上の参加がある場合の申込者の優先順位 ⇒ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3						
生年月日	昭和・平成 年 月 日生						
自宅住所	〒 — TEL () — FAX () —						
勤務先名称							
勤務先所在地	〒 — TEL () — FAX () —						
入会申込	※ 本研修会受講を機会に、一般社団法人愛媛県介護福祉士会への入会を希望する場合は、下記を○で囲んでください。 — 入会を希望します —						

※ 本申込書で取得した個人情報については、その取り扱いに十分留意し、研修会の運営管理・登録等以外の目的では使用いたしません。

※ 本研修会受講を機会に本会へ入会される方は、会員価格で受講できます。

申込〆切

平成23年9月12日(月)必着

申し込み先

一般社団法人愛媛県介護福祉士会事務局 ※FAX可

FAX 089-987-6047 (送信紙は不要です。)