

一般社団法人 福島県介護福祉士会事務局 宛  
FAX : 0 2 4 - 9 8 3 - 1 8 4 8

令和4年度 ファーストステップ研修  
受講申込書

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
申込種別	会 員 (会員番号 ) 非会員		
自宅住所	(〒 - ) TEL (携帯電話)		
勤務先名			
勤務先住所	(〒 - ) TEL FAX		
	登録番号	取得年月日	
介護福祉士	第 - 号	年 月 日	
介護福祉士初任者 研修修了年月日	年 月 日	未受講	
返信送付先	自宅住所	勤務先住所	

\*ご記入いただいた個人情報は本研修に関する連絡のみに使用し、その他の目的には使用しません

お申込締切日 令和4年5月28日(土) 必着