

FAX番号 024-983-1848

令和6年度 認定介護福祉士養成研修参加申込書

一般社団法人福島県介護福祉士会

フリガナ		職 名
氏名		
会員番号		非会員
年数	実務年数 年	資格取得後(5年以上) 年
勤務先名		
勤務先住所	〒	
勤務先連絡	TEL	FAX
自宅住所	〒	
自宅連絡	TEL・携帯	FAX
郵便物希望先	勤務先 自宅	
研修履歴	該当する項目に○をつけてください。 1 フェーストステップ研修修了者 年修了 2 1を修了していない者で介護職員を対象にした現任研修100時間以上の受講歴 (研修会名記載)	
その他		

*受講決定した方には、受講決定通知書を郵送致します。

お問合せ先 一般社団法人福島県介護福祉士会 電話・FAX 024-983-1848