**一般社団法人　福島県介護福祉士会　事務局　宛**

（**ＦＡＸ：０２４－９８３－１８４８）**

**令和7年度　介護福祉士実習指導者講習会**

**受　講　申　込　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申　込　者** | **どちらかに○をつけて下さい** | **１．会　員　　会員番号（　　　　　　　　　　）****２．非会員** |
| **フリガナ** |  |
| **氏　　名** |  |
| **生年月日** | **昭和 ・ 平成　　　　年　　　月　　　日** |
| **郵便番号** | **〒** |
| **自宅住所****ｱﾊﾟｰﾄ名、番地を正確に記入してください** |  |
| **電話番号** |  |
| **勤　務　先** | **名　　称** |  |
| **郵便番号** | **〒** |
| **住　　所** |  |
| **電話番号** |  |
| **e-mail** |  |

　　　　**書類の発送先　　勤務先　　・　　自宅　　（どちらかに〇をつけて下さい）**

**締切日　　令和7年　6月25日（水）　期日厳守!!**

**【注意事項】**

**※申込書は受講するご本人が記入して下さい。記入漏れがありますと受講出来ない場合も**

**ありますので送信前に必ず確認して下さい。生年月日等修了証発行に必要となります**

**※郵便番号、住所、氏名、フリガナを明確に正しく記入して下さい。**