

広島県介護福祉士会 令和元年度第2回介護福祉士実習指導者講習会 参加申込書

申込先 F A X **082-254-3017**

※番号の打ち間違いにご注意ください！

フリガナ 受講希望者名	男 女	会員区分	・会員（34） ・会員外
介護福祉士 登録番号	 必ずご記入ください。無記入の場合は 受講いただくことができません。		
介護福祉士 資格登録年月	年 月	資格登録後の 実務経験年数	年 か月
勤務先			
受講者の役職		実習指導の 状況	1. 現に実習指導をしている 2. 今後、実習指導をする予定 3. 今は予定にない
受講通知書 送付先 (連絡先)	自 宅・勤務先（該当に○してください） 〒 TEL		

※お預かりした個人情報は、当講習会の運営目的以外には使用いたしません。