

【申込先】公益社団法人東京都介護福祉士会 事務センター宛

FAX:03-5227-8631

Email : tokaigo-post@as.bunken.co.jp

令和6年度 ファーストステップ研修 申込用紙

公益社団法人 東京都介護福祉士会

- 申込用紙を Email で送る際はワードまたは PDF 変換で送付してください。スマートフォンで撮影した写真も可。
- 介護福祉士登録証・介護福祉士基本研修修了証コピーを同時に送付してください。

申込書記入日 年 月 日

フリガナ				◆ 会 員 (会員番号 _____)
氏名				→ 所 属 (_____ 都道府県 介護福祉士会)
				◆ 非会員 (※どちらかに○をつけてください)
生年月日	西暦	年	月	日
自宅住所	〒 _____			
自宅TEL			日中連絡が取れる番号 (携帯電話・職場等)	
介護福祉士登録後 介護経験年数		年	介護福祉士 登録年月日	年 月 日 ※登録証のコピーを送付してください
介護福祉士基本研修 修了年月日	年 月 日 (主催団体 _____ 都道府県 介護福祉士会)			※修了証のコピーを送付してください () 本年度同時受講する (東京都以外で受講する場合は県名 : _____)
職場名				
受講科目 (いずれかに○を)	・ 全科目 ・ 部分受講 (受講科目を記入してください。ただし、第15回「総合評価」を除く。) [_____]			
受講票・修了証 送付先 (記載がない場合は自宅 住所へお送りします)	〒 _____			
備考				

※受講申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。その他の目的で使用いたしません。