令和８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、Word・PDF変換・撮影した画像にて送付してください

※登録証や修了証のコピーを、忘れずに添付してください

申込書記入日　　年　　月　　日

フリガナ		※どちらかに☑ ☐会員（会員番号：　　） →所属（　　都道府県介護福祉士会） ☐非会員
氏名		
生年月日	西暦　　年　　月　　日	
自宅住所	〒　　－ ※修了証は郵送で送付します。	
メールアドレス	※受講票の送付,事前・事後課題はメールで連絡します。 受講者本人のメールアドレスを必ず記載をしてください。 @	
日中連絡が取れる番号（携帯電話・職場等）	－　　－	
介護福祉士登録後の実務経験年数	年	介護福祉士登録年月日：　　年　　月　　日 →**☐介護福祉士資格登録証のコピーを添付**
介護福祉士基本研修修了年月日 ※どちらかに☑	**☐修了**　→**☐介護福祉士基本研修修了証のコピーを添付** 修了日：西暦　　年　　月　　日（主催団体　　都道府県介護福祉士会） **☐今年度、修了予定**（東京都以外で受講する場合は県名：　　都道府県　）	
職場名		
職場住所	〒　　－	
受講科目 ※いずれかに☑	☐全科目 ☐部分受講　（希望する科目に☑。但し、第15回「総合評価」を除く。）	

☐利用者の全人性、尊厳の実践的理解と展開	☐職種間連携の実践的展開
☐介護職の倫理の実践的理解と展開	☐観察・記録の適格性とチームケアへの展開
☐コミュニケーション技術の応用的な展開①	☐チームのまとめ役としてのリーダーシップ
☐コミュニケーション技術の応用的な展開②	☐セーフティマネジメント
☐ケア現場での気づきと助言①	☐問題解決のための思考法
☐ケア現場での気づきと助言②	☐介護職の健康・ストレスの管理
☐家族や地域の支援力の活用と強化	☐自職場の分析

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。その他の目的では一切使用いたしません。

【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

Email：tokaigo-seminar@as.bunken.co.jp　／　FAX：03-5227-8631