【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）

**令和３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

|  |
| --- |
| 申込書記入日　　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | ◆ 会員（会員番号　　　　　　　　　　　）　 **→** 所 属（ 　　　 　 介護福祉士会 ）◆ 非会員（※どちらかに○をつけてください） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　 　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 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 |
| 介護福祉士基本研修修了年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日（ 主催団体 　　　　　 　 介護福祉士会 ） |
| 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。