

【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@bunken.co.jp

令和4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。
- 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	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	※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)		
	() 未受講 (基本研修の同時申込が必須です)			
	※修了証のコピーを送付してください			
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。