令和5年度コース　認定介護福祉士養成研修参加申込書

記入日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生 年 月 日 | |
| 氏　　名 |  | | 昭和　・　平成　　年　　月　　日　生 | |
| 自宅住所 | 〒 | | | 会員Ｎｏ（　　　　　　　　）  非会員 |
| 自宅連絡先 | ＴＥＬ | ＦＡＸ | | 携帯 |
| 勤務先名 |  | | 職種 |  |
| 勤務先住所 | 〒 | | | ＴＥＬ  ＦＡＸ |
| 年　　数 | 実務年数　　　　　　　　年 | | 資格取得後（5年以上）　　　　　　年 | |
| 研修履歴 | 該当する項目に○をつけてください。  1.　ファーストステップ研修修了者　　平成・令和　　年修了（県外者は修了書の写し添付）  2.　1を修了していない者で、介護職員を対象にした現任研修100時間以上の受講歴  　（研修会名記載　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  介護福祉士会研修以外の研修については修了書の写しを添付してください。 | | | |

**＊非会員の方は介護福祉士の登録証コピーを事務局まで送付してください。**

**F A X　 045-222-6676**

**E-mail　info@kanagawa-accw.org**

問合せ先

公益社団法人神奈川県介護福祉士会 事務局

　　　　　　　　　　　　　〒221-0825　横浜市神奈川区反町3-17-2

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　神奈川県社会福祉センター内5階

　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　045-319-6687　ＦＡＸ　045-322-6678

　　　　　　　　　　　　　Ｅ-ｍａｉｌ：info@kanagawa-accw.org