

令和 8 年度 重度訪問介護従事者養成研修受講申込書

申込日 令和 8 年 月 日

フリガナ			
氏 名			
連絡先	自宅 ・ 勤務先 (どちらかに○を付けてください) 〒 - 住所 メールアドレス TEL ( ) -		
受講希望課程	受講希望課程に○を付けてください。 ・基礎課程のみ ・追加課程のみ ・両方受講 ※[追加課程のみ]の受講の方は、基礎課程修了年度を記入 _____ 年度		
会員番号	いずれかに○を付けてください。会員番号は介護福祉士の登録証番号とは異なりますので、ご注意ください。 ・会員 (会員番号: 170 ) ・入会申込中 ・非会員		
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
従事年数	重度肢体不自由者(児)の直接支援に従事した(している)場合の実務経験年数 年		
保有資格	※該当するものあれば、番号に○印をしてください。 1.介護福祉士 2.介護職員実務者研修 3.介護職員初任者研修 4.介護職員基礎研修 5.ホームヘルパー1級 6.ホームヘルパー2級		
テキスト	<input type="checkbox"/> 購入する <input type="checkbox"/> 購入しない		
追加課程 実習希望日	①11/18(水) ②11/25(水) ③12/16(水) ④11/30(月) ⑤12/2(水) ⑥12/9(水) ※実習時間: 共に 9 時半~12 時半 実習先[①~③金沢湖南苑(金沢市忠縄町 380)・④~⑥金沢ふくみ苑(金沢市福増町南 16)]		
※右記①~⑥より 希望日を選択し、 第 3 希望迄記載。	第 1 希望	第 2 希望	第 3 希望

※ご記入いただいた個人情報は、本研修会に関する事務連絡のみに使用させていただき、他の目的には一切使用いたしません。

◇申し込み・問い合わせ先

石川県介護福祉士会 事務局 〒920-0964 金沢市本多町 3 丁目 1 番 1 0 号 石川県社会福祉会館 3 階  
 T E L 076-255-2572 HP: <http://ishikawa-kaigo.jp/> ※電話での受付はいたしません。お問い合わせのみとなります。