

送信先：山形県介護福祉士会事務局

F A X 0 2 3 - 6 1 5 - 6 5 2 1

令和5年度 ファーストステップ研修
受 講 申 込 書

フリガナ	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
性別	男 ・ 女
会員番号	会員（ — ） ・ 非会員
自宅住所	〒 — TEL () FAX ()
携帯番号	— —
介護福祉士資格 登録年月日	年 月 日
資格取得後実務 経験年数	年
基本研修 (旧初任者研修)	修了 ・ 未修了 ・ 研修期間中修了見込み
職場名・職種	職種：
職場所在地	〒 — TEL () FAX ()
受講決定通知 送付先	① 自 宅 ② 職 場

※非会員の方は介護福祉士の登録証写しを送付して下さい

※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。