**FAX　０７６―４２２―０４４０**

介護福祉士の専門性について

～求められる介護福祉士とは～

申　込　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生 年 月 日 | | |
| 氏　　　名 |  | | 昭和  平成 | 年　　月　　日 | |
| 参加種別  （〇をつけてください） | 会員　・　一般（非会員） ・　入会希望 | | 会員  番号 | | １６ |
| 勤　務　先 |  | | | | |
| 勤務先住所 | （〒　　　　－　　　　　）  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | | | |
| 自宅住所 | （〒　　　　－　　　　　）  携帯番号：　　　　　　　　　　　　　自宅番号： | | | | |
| 希望送付先  及び  連　絡　先  ○をつけてください | 受講票送付先 | 自　宅　　・　　勤務先 | | | |
| 記載内容等  連絡先 | ※申込書の記載内容等について、ご本人に電話連絡させていただく場合がありますので、  　必ず日中連絡の取れる連絡先を選択してください。  自　宅　　・　　携帯電話　　・　　勤務先  （ TEL: 　　　　　　　　　　　　　　）  携帯電話の場合は（ ）内に携帯電話番号を記入してください。 | | | |
| 講師に質問があればご記入ください。 | | | | | |

※申込書に記入していただいた個人情報は本研修のみ使用し、他の目的には使用しません。

※申込締切後、受講票を郵送します。申込締切日（10月30日）を一週間過ぎても受講票が届かない場合は、当会事務局までご連絡ください。

**【申込締切】　令和 ６年 １０月 ３０日（水）**

≪申込書送付・問合せ先≫

　　一般社団法人 富山県介護福祉士会

　　〒939-8084富山市西中野町１丁目１－１８　オフィス西中野ビル１Ｆ

　　TEL：076-422-2442　　　**FAX：076-422-0440**