

令和6年度 東京都介護福祉士会 認定介護福祉士養成研修 受講申込書

記入日 令和 年 月 日

ふりがな			生 年 月 日	
氏 名			昭和・平成 年 月 日生 ( ) 歳	
自宅住所	〒 ( — )		性 別	
			男性 ・ 女性	
			会員 No ( )	
メール アドレス			職 種	
電話番号	※日中繋がりやすい連絡先をご記入ください(携帯可)		役 職	※ある場合のみ記載
勤務先情報	名称			
	住所	〒 ( — )		
	電話番号		FAX 番号	
介護福祉士の登録について		登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
		登録番号	第 — 号	
受講希望科目について ※受講希望科目に ○をつけてください。			認定介護福祉士概論	
			疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅰ	
			疾患・障害等のある人への生活支援・連携Ⅱ	
			生活支援のための運動学	
			生活支援のためのリハビリテーションの知識	
			自立に向けた生活をするための支援の実践	
介護福祉士ファーストステップ 研修修了について		<input type="checkbox"/> 修了	修了日 / 平成・令和 年 月 日	
		≪お問い合わせ≫ ・研修実施要項に関するお問い合わせ、 <u>FAX・郵送は下記連絡先まで</u>  〒135-0003 東京都江東区猿江 1-3-7 パーク・ノヴァ猿江恩賜公園 102 号 公益社団法人 東京都介護福祉士会 宛  事務局 TEL : 03-5624-2821 FAX : 03-5624-9650 MAIL: info@tokaigo.jp		