

令和8年度 第1回 介護福祉士実習指導者講習会申込書

1. 2について、必要事項を記入、該当項目に☑してください。

1. 勤務先事業所

事業所名	
連絡先	住所
	電話番号
	メールアドレス
	ご連絡窓口ご担当者様 氏名

2. 研修受講者

ふりがな 参加者名	
住所	(〒 -)
生年月日	(西暦) 年 月 日 ※修了書発行に使用します。
連絡先	
メールアドレス	
会員情報	<input type="checkbox"/> 介護福祉士会 会員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士会 非会員 会員の場合、7桁の会員番号を記載ください⇒ ()

書類送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先事業所 <input type="checkbox"/> 受講者ご本人 ※修了証につきましては、受講者ご本人様宛にご郵送いたします。
領収書発行	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	振込受領書貼付はこちらへ

《書類送付・お問合せ先》

一般社団法人 茨城県介護福祉士会 事務局宛 ※月～金曜日

〒310-0851 水戸市千波町 1918 番地

セキショウ・ウェルビーイング福祉会館5階 (茨城県総合福祉会館)

TEL: 029-353-7244 FAX: 029-353-7246 メールアドレス: ibaraki080ccw@topaz.ocn.ne.jp