|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | | | | **性　別** | **男　性　・　女　性** |
| **氏　　名** |  | | | |
| **生 年 月 日** | **昭 和 ・ 平 成　　　　 年　　　　月　　　　日** | | | | **年　齢** | **歳** |
| **介護福祉士**  **国家資格** | **【 登録年月日 】　　　　 　　　　　　　　【 登録番号 】**  **年　　　　月　　　　日　　　　　第　　　　　－　　　　　　　　号** | | | | | |
| **介護福祉士会** | **1.　会　員（会員番号：4 6 0　　　　　　　　　）　　　2.　一　　般**   * **介護福祉士資格登録と介護福祉士会 会員は異なります。** | | | | | |
| **【 介護福祉士基本研修 修了証番号又は，介護福祉士初任者研修 修了証番号 】**  **第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号** | | | | | | |
| **自　　宅** | **住　　所** | **〒** | | | | |
| **携　　帯** |  | | | | |
| **勤　　務　　先** | **名　　称** |  | | | | |
| **所 在 地** | **〒** | | | | |
| **電　　話** |  | | | | |
| **F A X** |  | | | | |
| **E-mail** |  | | | | | |
| **経 験 年 数** | **介護福祉士取得後　　　　　年** | | **職　　種** | **（例：介護福祉士，ケアマネージャー 等）** | | |
| **通算実務経験　　　　　　　年** | |
| **支 払 方 法** | **1.　一括払い　　　　　　　　2.　分割払い（2回）** | | | | | |
| **認知症介護実践者研修 対応科目の受講を**  **1.　希望する　　　　　　　　　2.　希望しない** | | | | | | | |
| **受講決定通知等**  **1. 本人自宅　　　　　　2. 事業所への本人宛て** | | | | | | | |

お申込先：一般社団法人　鹿児島県介護福祉士会

**FAX：099-299-1888（送信票不要）**

郵送の場合：〒890-8517　　鹿児島市鴨池新町1-7　県社会福祉センター4階

　　　　　　　　　　一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会 行