|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| **経験年数** | **介護福祉士取得後** | | **年** | **通算経験年数** | | **年** | |
| **介護福祉士**  **資格登録** | **【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：460　　　　　　　　）　　　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。** | | | | | | |
| **携帯電話** |  | | | | | | |
| **自　宅** | **住　所** |  | | | | | |
| **勤　　務　　先** | **名　　称** |  | | | | | |
| **所 在 地** |  | | | | | |
| **電　　話** |  | | | | | |
| **各種連絡先** | **1. 本　人　　　　2. 事業所　　（1）本人**  **（2）ご担当者様（　　　　　　　　　）様** | | | | | | |

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　電話 099－206－3050

◆お申込み方法◆

　本申込み用紙に必要事項をご記入のうえ，受験料をお振込みいただき受領書を下記（払込み先が記載している部分）に貼り付けのうえ，FAXまたは郵送にてお申込みください。

　※ 受領証が貼付されていないお申込みに関しましては，原則として受付いたしません。諸事情にて貼付でき

ずお申込みの場合は，必ず事前にご連絡ください。

【振込先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ゆうちょ銀行 | 支店 |  | 郵便局よりお振込みの場合 |
| 当　座 | 0149192 |  | 01720-1-149192 |

※通信欄に「2019－2 基本」とご記入下さい。

　　　　 ※お振込み手数料は各自でご負担くださいますようお願いいたします。