|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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。**
 |
| **受講要件** | **【介護福祉士会 会員】**1. **介護福祉士基本研修または介護福祉士初任者研修を修了している。**

**（修了番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**1. **同研修を受講予定または修了見込**
 |
| **【介護福祉士会 非会員】**1. **介護福祉士基本研修または介護福祉士初任者研修を修了している。**

**（修了番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**1. **同研修を受講予定または修了見込**
2. **介護福祉士基本研修または介護福祉士初任者研修と同時間の研修を修了している。**

**※ 履修証明書（書式あり）をご提出いただきます。** |
| **自　宅** | **住　　所** |  |
| **携　　帯** |  |
| **勤　務　先** | **名　　称** |  |
| **所 在 地** |  |
| **電　　話** |  |
| **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（郵送も同様）：一般社団法人　鹿児島県介護福祉士会 行

**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　　　G