|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **性　　別** | **男　性　・　女　性** |
| **氏　　名** |  |
| **介護福祉士会** | **1.　会　員（会員番号：460　　　　　　　　） 2. 賛助会員　　 　3.　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** | **〒** |
| **勤　務　先** | **名　　称** |  |
| **所在地** |  |
| **電　　話** |  |
| **介護福祉士****資格の有無** | **1. 取得している　　　　　2. 取得していない** |
| **基礎編の受講** | **1. 初めての受講　　　　　　2. 以前、受講経験済み** |
| **経 験 年 数** | **年** | **職　　種** | **（例：介護福祉士，ケアマネージャー 等）** |

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

 TEL：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「介ス R2きそ」とご記入下さい。

※領収書は、郵便払込書に代えさせていただきますので、ご了承下さい。　　　　　　　　　　　G