|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | | | | | |
| **F A X** |  | | | | | |
| **通知等送付先** | **1. 本　人　　　　2. 事業所　　（1）本人**  **（2）ご担当者様（　　　　　　　　　）様**  **※ 事業所等の指定がない場合は，ご本人様へ通知等を送付いたします。** | | | | | | |

お申込・問合せ先：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

　G