|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | | | | | | |
| **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** | **〒** | | | | | |
| **直通電話** |  | | | | | |
| **F A X** |  | | | | | |
| **ご担当者様** | **1. ご本人（自宅）　　2. 勤務先　 　（1）ご本人**  **（2）ご担当者様（　　　　　　　　 ）様**  **※ 受講決定通知や資料等を郵送（オンラインに変更の場合）する宛先となります。**  **※ 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。** | | | | | | |

【お問合せ・お申込先】

　一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会 事務局

　〒 890-8517　鹿児島市鴨池新町1-7（県社会福祉センター4階）

　メール：jaccw46@po5.synapse.ne.jp

　　 電　話：099－206－3050

**FAX：099-299-1888（送信票不要）**

　　　　　　　　　　　　※ 郵送の場合は、【お問い合わせ・お申込先】の住所をご覧ください。　　　G