送信先　FAX 059 ― 264 ― 7742

令和３年度 介護福祉士ファーストステップ研修 参加申込書

ふりがな 氏 名	男(　　)・女(　　) 生年月日［昭和・平成］ 年　月　日
(　　)会　員（会員番号 24 □□□□□ ）※数字は左詰めでご記入ください。 (　　)非会員（一般社団法人 三重県介護福祉士会に入会する）※入会申込書を後日郵送致します (　　)非会員（一般社団法人 三重県介護福祉士会に入会しない）	
自　宅	住所 〒 □□□－□□□□　　市 電話　　－　　－　　Mail 携帯　　－　　－
勤務先	名称［　　］職種［　　］ 住所 〒 □□□－□□□□　　市 電話　　－　　－　　FAX　　－　　－
受講票等の送付先	自宅（　　）・職場（　　）
受講コース	■全科目（　　） ■科目別（　　）科目数［　　］ 科　目［　　］ ［　　］ ［　　］
介護福祉士登録年月日	年　月　日
登録番号	第　　－
資格取得後実務経験年数	［　　］年
介護福祉士基本研修	修　了（　　）・未修了（　　）
支払方法	一　括（　　）・分　割（　　）

※(　)内はあてはまるものに○をつけてください。