

令和7年度 介護福祉士 実務者研修 受講申込書

久留米市介護福祉サービス事業者協議会 事務局行 FAX 番号 (0942) 46-5841

ふりがな			
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	年	月 日 (歳)
自宅住所	〒		
日中連絡先 (携帯)	TEL	FAX	
勤務先名	(法人名) (事業所名)		
勤務先住所	〒		
勤務先連絡先 TEL/FAX	TEL	FAX	
受講決定通知 送付先	自宅 ・ 勤務先 ※必ずどちらかに○をお付けください		
実務経験年数	年	ヶ月	(2025年4月時点)
所持資格	1. 介護職員初任者研修修了者 2. 訪問介護員2級(ホームヘルパー2級)課程修了者 3. 無資格者 ※必ず上記のいずれかに○をお付けください。 ※有資格者の方は資格証のコピーを後日ご提出いただきます。		
備考			

※上記申込書は本研修以外の目的では使用いたしません。

【問い合わせ先】 (特非) 久留米市介護福祉サービス事業者協議会 事務局
 TEL : 0942-35-1525 FAX : 0942-46-5841