【申込先】公益社団法人東京都介護福祉士会　事務センター宛

**FAX:03-5227-8631　　Email：tokaigo-post@bunken.co.jp**

**令和４年度　ファーストステップ研修　申込用紙**

* 申込用紙をEmailで送る際はワードまたはPDF変換で送付してください。
* 介護福祉士登録証・介護福祉士基本研修修了証コピーを同時に送付してください。

公益社団法人　東京都介護福祉士会

|  |
| --- |
| 申込書記入日　　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | ◆ 会員（会員番号　　　　　　　　　　　）  **→** 所 属（ 　　　 　 介護福祉士会 ）  ◆ 非会員  （※どちらかに○をつけてください） | | | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 西暦　　　 　　年　　　　月　　　　日 | | 性別 | | | 男　　・　　女 |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | |
| 自宅TEL |  | 日中連絡が取れる番号  （携帯電話・職場等） | | |  | |
| 介護福祉士登録後  介護経験年数 | 年 | 介護福祉士  登録年月日 | | 年　　　　月　　　　日  ※登録証のコピーを送付してください | | |
| 介護福祉士基本研修修了年月日 | 年　　　　月　　　　日（ 主催団体 　　　　　 　 介護福祉士会 ）  ※修了証のコピーを送付してください  （　）未受講（基本研修の同時申込が必須です） | | | | | |
| 職場名 |  | | | | | |
| 受講科目  （いずれかに○を） | ・全科目  ・部分受講（受講科目を記入してください。ただし、第15回「総合評価」を除く。） | | | | | |
| 受講票・修了証  送付先  （記載がない場合は自宅住所へお送りします） | 〒 | | | | | |
| 備考 |  | | | | | |

※受講申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。その他の目的で使用いたしません。