



始良・伊佐地区 介護セミナー 申込書

FAX 099-299-1888へ送信して下さい



ふりがな		年齢	性別
氏名		歳	男 女
申し込み回(予定)		1回目、2回目共に受講された方は2回目受講時に割引特典(500円引)が受けられます!	
	1回目のみ	2回目のみ	両方
自宅住所 (ご連絡先)	〒 TEL: FAX:		
勤務先			
所属先種別 (○印をお願いします)	介護サービス事業所 1、訪問系サービス 2、通所系サービス 3、施設系サービス 障害福祉サービス事業所 1、訪問系サービス 2、通所系サービス 3、施設系サービス その他 1、病院 2、学校関係 3、市町村関係 4、その他 ()		
勤務先住所	〒 TEL: FAX:		
介護福祉士会	会員 ・ 非会員	介護職歴 :	年 ヶ月
研修歴について (受講・修了済の 研修がありましたら、 全てに○印を お願いします)	・ホームヘルパー ・介護技術講習 ・介護職員基礎研修 ・介護初任者研修 ・介護福祉士実務者研修 ・介護福祉士初任者研修 ・介護技術講習指導者養成講習 ・介護実習指導者講習 ・ファーストステップ研修 ・認知症介護実践者研修 ・認知症介護実践リーダー研修 ・介護支援専門員実務研修 ・相談支援従事者研修 ・サービス管理責任者研修 ・児童発達支援管理責任者研修		

〈お申し込み・お問い合わせ〉

一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会

〒 890-8517

鹿児島市鴨池新町1-7 (県社会福祉センター4階)

TEL : 099-206-3050

FAX : 099-299-1888