

令和4年度実務者研修教員講習会 受講申込書

ふりがな 氏名 (性別)	生年月日	
	(男・女)	年 月 日
自宅先 (本人あて) ※日中連絡がとれる電話番号をご記入ください	住所 〒	
	電話	FAX
	携帯電話	
	Email	
勤務先名	勤務先名	
	電話	FAX
会員・非会員の別 *いずれかに○印	会員 ・ 非会員 ・ 入会手続き中 (会員の場合は会員番号)	
修了証書送付先 *いずれかに○印	勤務先 () ・ 本人自宅 (宛先を詳細指定する場合は名称・氏名をはっきりご記入ください)	
名簿掲載の可否	可 ・ 不可	

* 申込者の個人情報は、本研修会の運営目的以外には使用いたしません。

申込締切日：令和4年11月22日(火)消印有効

(必ず本申込書に実務経験証明書と介護福祉士登録証のコピー添えて申込んでください)

実務経験証明書

令和 年 月 日

一般社団法人 宮城県介護福祉士会 御中

施設又は事業所の名称

施設名又は事業所所在地

代表者氏名

印

電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明いたします

フリガナ	
氏名	
施設又は事業所名	
施設等の種別	介護保険事業所番号
	指定年月日 年 月 日
業務従事期間	年 月 日～ 年 月 日 (年 カ月)
介護福祉士 習得年月	年 月
介護福祉士登録証番号	No,
介護福祉士資格習得後の 実務経験（5年以上）	年 月 日～ 年 月 日 (年 カ月)
職種	

※ 複数施設又は事業所に従事している方は、コピーをしてご使用ください

※ 既に従事している施設で資格習得後5年以上の場合は1部で可