

# 介護に関する入門的研修 申込書

## 【宛先】

一般社団法人 福島県介護福祉士会 事務局 行

〒963-0108

福島県郡山市笹川1丁目184-29 クレストハイツ184 102号室

# FAX (024) 983-1848

太枠内に必要事項をご記入の上 上記までFAXにてお送り下さい (送信票不要)

申込日 令和 年 月 日

フリガナ			
氏名		生年月日	
住所	〒 -		
連絡先	固定電話 携帯電話		
現在の生活 や就労	1. 就労していない 2. 就労している 3. 学生 4. その他 ( ) ※該当するものに○を付けて下さい		
研修受講後の 希望	1. 介護の資格をとりたい 2. 介護関係の学校に進学したい 3. 介護事業所で働きたい 4. 家族の介護やボランティアをしたい 5. 自分のために活かしたい 6. その他 ( ) ※該当するものに○を付けて下さい		

応募メ切：令和6年10月11日（金）