

介護福祉士国家試験対策講座【一日集中特訓】 申込書

令和5年 月 日

公益社団法人 横浜市福祉事業経営者会
会長 小倉 徹 様

事務連絡先

(法人名)

(事業所名)

(住所) (〒 -)

(電話番号)

(連絡担当者名)

注)連絡担当者は、受講希望者とは別の方でお願いします。

ふりがな						性別
氏名						男・女
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日 (歳)					
住所	(〒 -)					
連絡先	自宅	-			-	
	携帯	-			-	
現在の勤務先 (法人名・施設名)	TEL - -					
会員区分 (受講料) ①②③いずれかに○	①	会員 (4,400円税込)	②	賛助会員 (4,950円税込)	③	非会員 (6,600円税込)
令和6年1月28日(日) 介護福祉士国家試験	受験する ・ 受験しない					
介護福祉士国家試験受験歴 (どちらかに○してください)	受験経験なし(今回初受験) ・ 受験経験あり(回)					

※ 枠内は、受講希望者本人がご記入ください。

※ 本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。