申込〆切り：平成29年12月７日（木）消印有効
（ただし、募集人員になり次第締め切らせていただきます。）

介護福祉士実習指導者

平成２９年度フォローアップ研修受講申込書

申込み（郵送のみ）・問合せ先
〒２４１-０８１５　横浜市旭区中尾１-５-１
神奈川県立保健福祉大学実践教育センター　長田宛（045-366-5873 直通）
※申込書のほかに返信用封筒（82円切手を貼付、自宅等宛先記載）が必要です。

フリガナ		
申込者氏名		
修了証発行年度	年度 （確認の上、ご記入ください。）	
自宅住所	〒	
連絡先	携帯電話	
	電話番号	
	メールアドレス	
勤務先	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
受講決定通知書送付先	自宅　・　勤務先　（どちらかに〇を付けて下さい）	
以下の質問でどちらかに〇をつけて下さい。 ・現在の勤務先で実習指導に従事していますか？　している　・　していない		
納入通知書の宛名が本人と異なる場合は、宛名を正確にお書きください。		

※神奈川県立保健福祉大学実践教育センター個人情報の取扱方針に基づき、収集した個人情報は、本研修の運営管理以外では使用しません。

【留意事項】
〇申込用紙は、1枚につき１名の記載でお願いいたします。