

送信先: とちぎソーシャルケアサービス共同事務所
栃木県介護福祉士会 事務局 行き
FAX 028-600-1730

令和4年度 サービス提供責任者フォローアップ研修申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日
氏 名		年 月 日
住 所	〒 - Tel	
勤務先名		
勤務先住所	〒 - Tel	
受講票送付先	自宅 ・ 勤務先 (どちらかに○印)	
サービス提供責任者としての実務経験	1 ある ⇒経験年数(年 ヶ月) 2 なし	
資格要件	1 介護福祉士 2 介護職員実務者研修修了者 3 旧介護職員基礎研修過程修了者 4 旧ヘルパー1級課程修了者	
介護福祉士会の加入の有無	・会員 ・非会員	

締切 令和4年 9月 5日 (月)まで

* 連絡先

一般社団法人栃木県介護福祉士会 事務局

(とちぎソーシャルケアサービス共同事務所) TEL:028-600-1725

* ご記入いただきました個人情報は、本研修以外では使用しません。