

# 令和7年度介護福祉士 ファーストステップ研修受講申込書

令和7年 月 日申込

いずれかに○をつけて下さい。				
貴方の所属の 介護福祉士会名		会員番号		
フリガナ				
氏名				
住所 (自宅)	〒 —			
自宅 連絡先			携帯 連絡先	
<b>【必須】</b> メールアドレス				
※ メールアドレスは受講についてやZOOM招待メール、資料の送付に利用します。 ※ 手書き文字の場合I(エル)やI(アイ)など判別が付き辛い場合があります。お手数ですがアドレスにフリガナをお願いします。				
いずれかに○をお願いします。				
受講環境	受講場所	施設	自宅	その他( )
	使用機器	※パソコンでの参加を推奨しています。 ※タブレットでの参加は要相談。スマートフォンでの参加は不可		
	オンライン研修 受講経験	あ	り	な
生年月日	年	月	日	介護福祉士 登録番号
資格取得 年月日	年	月	日	資格取得後 実務経験年数
※大分県外の受講希望者は基本研修修了証のコピーを事務局へ送付して下さい。メール添付,FAX可				
勤務先 施設名				職 種
勤務先 住所				
受講動機	職場のすすめで受講 ・ 個人の希望で受講 ・ その他			
ご希望に○をつけて下さい。				
受講希望の 領域	個別ケア	チームケア・連携	チームの運営管理基礎	
① ~③のご希望に○をつけて下さい。				
受講料のお支 払いについて	① 一括払いを希望する	② 2回分割払いを希望する	③ 3回分割払いを希望する	

上記のとおり受講を申し込みます。

令和7年 月 日

**締 切 日 令和7年7月1日(火) 必着**

【お問い合わせ先】〒870-0921 大分市萩原 4-8-58 大分県整骨会館 3階  
一般社団法人大分県介護福祉士会 TEL097-551-6555 (火~土曜日 10時~16時在局)