

# 介護福祉士国家試験対策講座【一日集中特訓】 申込書

令和6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)					
自宅住所	(〒 - )					
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7年1月26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)					

◆受講が決まりましたら、受講決定通知書をご自宅住所へ郵送いたします。  
お間違えのないよう、はっきりとご記入ください。

◆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、適切な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用致しません。

◆頂いた申込書は返却いたしません。こちらで責任をもって破棄させていただきます。

◆申込書の内容について問い合わせをすることがあります。