

受講者番号※	- -
--------	-----

※学校側記入欄

令和7年度 介護福祉士実習指導者講習会 受講申込書

申込日： 202 年 月 日

希望の日程 どちらかに○印	第1回 令和7年10月7日(火)・10月16日(木)・10月23日(木)・10月28日(火)		
	第2回 令和8年3月3日(火)・3月12日(木)・3月19日(木)・3月27日(金)		
ふりがな			生年月日
氏名	男・女	昭和 平成	年 月 日
現住所	〒 -		
連絡先	TEL () -		
勤務先	法人名		
	施設・事業所名		
	所在地	〒 -	
	TEL FAX	() ()	- -
実務経験	年 月 ※介護福祉士資格登録後に、介護職員として実際に働いた年月を記入日現在で記入してください。		
受講区分 (該当する□を✓)	<input type="checkbox"/> 大泉保育福祉専門学校 卒業生 <input type="checkbox"/> 大泉保育福祉専門学校 実務者研修課程修了生 <input type="checkbox"/> 本校介護福祉士養成課程における実習施設の職員 <input type="checkbox"/> 上記、実習施設以外の職員		
受講決定通知書 送付先	<input type="checkbox"/> 受講希望者住所 <input type="checkbox"/> 勤務先		
校内駐車場の 使用	<input type="checkbox"/> 駐車場を使用する ※乗り合わせの場合は、どなたか1名が☑してください。		

※ 本申込書の個人情報については、個人情報保護の規定に従い、講習会の事務およびこれに付帯する業務の範囲で使用します。