

**平成28年度介護福祉士会実習指導者フォローアップ講習会  
受講申込書**

ふりがな		申込日	平成 年 月 日
氏名		男・女	生年月日 昭・平 年 月 日
会員区分	会員・賛助会員・一般	会員番号	
自宅住所	〒 ー 自宅電話番号		
携帯電話	Eメール		
勤務先	勤務先住所	〒	
電話番号	FAX番号		

※ 申込締切日 平成29年2月15日(水)

※ 受付完了時に收受印のあるものをFAXにて返信いたします。

受付通知を受取ためにもFAX番号は忘れずに御記入ください。

1週間以内に返信がない場合には申込書が届いていない場合があります。もう一度申込書を送信してください。

《申込先》

一般社団法人 埼玉県介護福祉士会

**FAX 048-711-1239**

管理使用欄

收受印		