

**平成28年度 埼玉県介護福祉士会認知症介護研修会
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 | |
| 住所 | 〒 ー | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| 携帯電話 | | Eメール | |

※ 申込締切日 平成29年2月10日(金)

※ 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

個人情報取扱について

本申込書にていただきました個人情報は、個人情報保護法を遵守し、目的以外の利用や、第三者への情報提供は行いません。

管理使用欄

| | | |
|-----|--|--|
| 收受印 | | |
| | | |