

平成29年度埼玉県介護福祉士会サービス提供責任者研修会  
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7月4日(火)

※ 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		