

一般社団法人 埼玉県介護福祉士会
平成30年度 サービス提供責任者研修
参加申込書

申込先 FAX 048-711-1239
 ※FAX 番号の間違いにご注意ください！

ふりがな 氏名		会員区分 (会員番号)	・会員 () ・会員外
自宅住所	〒 TEL 携帯電話 fax e-mail		
勤務先	名称		
	住所	〒 TEL fax	
介護福祉士資格取得後の 実務経験年数	年	ヵ月	(7月末日時点)
受講決定 通知送付先	・自宅 (必ずどちらかに〇をつけてください) ・勤務先		
備考			

※参加に関する個人情報は本研修の目的以外には使用いたしません。

※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。受付通知を受取るためにも 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。

《申込み先・問合せ先》

(一社) 埼玉県介護福祉士会 事務局 (担当: 小島原 八木)

TEL: 048-871-2504 FAX: 048-711-1239

收受印 (管理使用欄)

--