

一般社団法人 埼玉県介護福祉士会
平成30年度 介護福祉士ファーストステップ研修
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 登録年月日			介護職の 実務経験年数	年 月 (7月末時点)
介護福祉士 登録番号				
受講料支払 方法 ※希望に○	支払方法	会員		会員外
	一括払い	60,000 円× 1 回 【支払い期日：平成 30 年 7 月 19 日】		120,000 円× 1 回 【支払い期日：平成 30 年 7 月 19 日】
	分割払い A	30,000 円× 2 回 【支払い期日：平成 30 年 7 月 19 日】 【支払い期日：平成 30 年 12 月 20 日】		60,000 円× 2 回 【支払い期日：平成 30 年 7 月 19 日】 【支払い期日：平成 30 年 7 月 20 日】
	分割払い B	12,000× 5 回 【支払い期日：平成 30 年 7 月 19 日】 【支払い期日：平成 30 年 9 月 20 日】 【支払い期日：平成 30 年 10 月 18 日】 【支払い期日：平成 30 年 11 月 21 日】 【支払い期日：平成 30 年 12 月 20 日】		分割払い B は 会員のみ

※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。

※受付完了時に収受印のあるものを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 寺澤)

TEL：048-871-2504 FAX：048-711-1239

収受印 (管理使用欄)

--