一般社団法人　埼玉県介護福祉士会
平成３０年度　介護福祉士基本研修
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　　fax 携帯電話　　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 月末時点）		
受講決定通知送付先	・自宅　　・勤務先 （必ずどちらかに○をつけてください）		
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。

収受印（管理使用欄）

《申込み先・問合せ先》
（一社）埼玉県介護福祉士会 事務局（担当：池田　野澤）
TEL：048-871-2504　FAX：048-711-1239