

平成30年度 埼玉県介護福祉士会 多職種連携 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	S・H 年 月 日
会員区分	会員・賛助会員・一般	会員番号		
住所	〒 —			
電話番号		FAX		
携帯電話		Eメール		

※ 申込締切日 平成30年12月12日(水)

※ 受付完了時に收受印のある物をFAXにて返信いたします。

受付通知を受取るためにもFAX番号は忘れずにご記入ください。

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

収受印			