

平成30年度 埼玉県介護福祉士会 県南ブロック研修会

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 (○で囲んでください)	会員 賛助会員 学生 非会員	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30年12月5日(水)

※受付完了日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。

《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			