FAX

【県南支部　ケアマネ試験講座　申し込み】

事業所名

※参加日に〇をお願い致します。

氏名	8/20（火）	9/17（火）	10/8（火）	連絡先

県南支部への質問等(ご自由にお書き下さい)

お申し込み先

介護福祉士会事務局ＦＡＸ　０９６－２９７－８１１５
まで