２０１９年度
介護福祉士基本研修　申込用紙

氏　　名	（ふりがな　　） 男性　　女性
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生　　満　　才
区　　分	会員【会員番号　　】　　非会員　　いずれかに○
所属（勤務先）	
資格登録年	平成　　年
住　　所 受講票の送付先として、 希望する方の□をチェック	□勤務先　〒 □自　宅　〒
電話番号	事務連絡など確実に連絡がとれる番号 ―　　―

ファックス番号　　096-297-8115

- 必要事項は全てご記入ください。
- 受付け後事務局より受講票を送付いたします。
- 定員超過の場合もご連絡を差し上げます。
- 今回知り得た個人情報につきましては研修以外の目的で使用いたしません。
- その他お問い合わせ　　一般社団法人熊本県介護福祉士会事務局 096-384-7125
  （電話対応は平日の９時～16 時まで）