

[別紙 1]

「CARE WORKER スキルアップ・セミナー」

申込書

送信先

熊本県介護福祉士会 行き

(FAX番号 096-297-8115)

期 日：令和元年 11 月 1 日 (金)

18：30～

会 場：白梅の杜 (あつまろう家)

事業所 _____

担当者 _____

電話番号 _____

<参加者名簿>

氏 名	職 種	会 員
		会 員 ・ 非会 員
		会 員 ・ 非会 員
		会 員 ・ 非会 員
		会 員 ・ 非会 員
		会 員 ・ 非会 員

<ご意見・ご要望等ありましたら、ご記入ください。>

■送信票は必要ありません。このまま送信ください。

■締め切り日：10月25日(金)

お問い合わせ先 一般社団法人熊本県介護福祉士会事務局

電話 096-384-7125