



【天草支部 研修会 申し込み】

氏名	会員No.・非会員	職種	携帯番号

天草支部へのご意見・質問等（ご自由にお書きください）

--

申し込み先：熊本県介護福祉士会事務局

F a x : 0 9 6 - 2 9 7 - 8 1 1 5