



お申込みは、下記のフォームにご記入の上、FAXにてお申し込みください

**【 県北支部 研修会 参加申込書 】**

**FAX 送信先 096-297-8115**

○研修会出欠について以下にご記入下さい。

※平成29年10月6日（金）までにご返信ください。

お名前 \_\_\_\_\_

(区分) 会員 (会員No. \_\_\_\_\_) ・ 非会員 いずれかに○

(職場) \_\_\_\_\_ (連絡先) \_\_\_\_\_

【懇親会】 参加 ・ 不参加 いずれかに○

☆問い合わせ先 熊本県介護福祉士会 ☎096-384-7125

※表書きは不要です。この用紙のみ送信してください。

※申し込み期限前に定員に達した場合のみ、こちらからご連絡いたします。

※懇親会の会場につきましては、研修会場近辺の居酒屋を予定しております。