



お申し込みは、下記のフォームにご記入の上、ファックスにてお申し込み下さい。

## 【研修会 参加申し込み書】

申込締切り : 10月23日(月)

FAX送信先 096-297-8115

お名前 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

下記内容に記載及び該当内容に○をお願いします。

【区分】 1、 会員（会員NO \_\_\_\_\_） ・ 2、 非会員

※ 2、非会員の方で介護福祉士の資格の有無 : 有          ・          無

【職場の名称】（ \_\_\_\_\_ ）

【施設の種類】※研修内容に必要です。必ず番号に○をつけ施設の種類名をお書きください。

- 1、 入所系      ( \_\_\_\_\_ )
- 2、 通所系      ( \_\_\_\_\_ )
- 3、 訪問系      ( \_\_\_\_\_ )
- 4、 その他      ( \_\_\_\_\_ )