

FAX

【8月研修会 申し込み】

事業所名	
連絡先(電話)	

氏名	会員No.	非会員	職種	備考

※事業所名、連絡先はもれなくご記入をお願い致します。

※人数調整の都合上、研修のキャンセルは、研修日3日前までにご連絡下さい。

※その他、研修に関するお問合せは、下記担当者までご連絡をお願い致します。

※事前に質問等がありましたら、こちらへご自由にご記入下さい。

お申し込み先

お問い合わせ
担当者

県央支部長 吉見 功介 090-4517-7596

介護福祉士会事務局 F A X 0 9 6 - 2 9 7 - 8 1 1 5