

FAX

【10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	主任CM受講証明書

※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。

※主任CM更新研修受講証明書発行のため、事業所名と氏名はお間違いのないようにご記入下さい。

ご要望やご質問等、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

県南支部長 山田 朝日 090-7580-5594
八代ブロック長 石坂 悟 090-8769-1220

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