



【介護支援専門員試験講座 申し込み】

事業所名

※参加日に○をお願い致します。

| 氏名 | 8/23(金) | 9/27(金) | 連絡先 |
|----|---------|---------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※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。

県南支部への質問等(ご自由にお書き下さい)

お申し込み

介護福祉士会事務局FAX 096-297-8115まで