



## 【天草支部 研修会 申し込み】

氏名	会員No.・非会員	職種	事業所名

(フリガナ) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_

※申し込みが複数名記入の場合は、代表者様の氏名・連絡先をご記入下さい

申し込み先：熊本県介護福祉士会事務局

TEL：096-384-7125

Fax：096-297-8115

※申し込み締め切り：令和6年9月30日

天草支部へのご意見・質問等（ご自由にお書きください）