



【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) _____
(メールアドレス) _____
(参加機器) パソコン スマートフォン タブレット

※会員様：メールにて事前に zoom 参加の ID/パスワードをお送り致します。
※非会員様：メールにて参加費お振込み先をお知らせ致します。ご入金確認後 zoom 参加の ID/パスワードをお送り致します。振込手数料は受講者様にてご負担をお願い致します。尚、お支払いは事前に天草支部役員にお支払い頂く事も可能です。

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5年2月10日

天草支部へのご意見・質問等 (ご自由にお書きください)