



## 【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	7/14(金)	9/8(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。

※その他、研修に関するお問い合わせは、担当者までお願い致します。

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