



【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

・ZOOMによるオンライン参加をご希望の方はチェックをお願い致します。

(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

※ZOOM 参加の方は、記入頂いたメールアドレスにZOOM 参加のID/パスワードをお送り致します。

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11月25日

天草支部へのご意見・質問等（ご自由にお書きください）

--