



FAX 送信先：096-297-8115

介護技術向上研修会 参加申込書

お名前【 】

所 属【 】

お電話【 — — 】

いずれかに○印をお付けください

区 分【熊本県介護福祉士会会員・熊本県ホームヘルパー協議会会員・非会員】

ノーリフティングケア【 経験あり・経験なし・興味あり 】

※ 申込期限 令和6年2月5日（月）

【問い合わせ】 （一社）熊本県介護福祉士会事務局 TEL 096-384-7125
熊本県ホームヘルパー協議会 TEL 096-297-8038
（平日9時～16時対応）