

# FAX

## 【3月八代ブロック研修会 申し込み】

事業所名	
連絡先(電話)	

氏名	会員No.	非会員	職種	備考

※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、研修に関するお問合せは、下記担当者までご連絡をお願い致します。

研修への事前質問やご要望等、ご自由にご記入下さい。

**お申し込み先**

お問い合わせ  
担当者

県南支部長 山田 朝日 090-7580-5594  
八代ブロック長 石坂 悟 090-8769-1220

**介護福祉士会事務局 F A X 0 9 6 - 2 9 7 - 8 1 1 5**