



お申し込みは、下記のフォームにご記入の上、ファックスにてお申し込み下さい。

【県央支部研修会 参加申し込み書】

FAX送信先 096-297-8115

お名前 _____ 参加 ・ 不参加 いずれかに ○

【区分】 会員 ・ 非会員 いずれかに ○

※非会員の方:介護福祉士の資格 有 ・ 無 いずれかに ○

【職場】 _____

【連絡先】 携帯・自宅 _____

【懇親会のみ】 参加 ・ 不参加 いずれかに ○

※時間は18時30分予定 場所はおってご連絡いたしますので、携帯電話などの連絡の取れる番号をご記入ください

※定員に達しましたら申し込みを締め切ることもありますのでご容赦ください
会費は5000円～6000円予定

【連絡先】 携帯・自宅 _____