



**FAX**

**【10月県央支部研修 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お願いいたします。  
※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いたします。

※事前に質問等がありましたら、こちらへご自由にご記入下さい。

**お申し込み先**

**お問い合わせ先**

**096-384-7125**

**介護福祉士会事務局FAX 096-297-8115**