



【天草支部 研修会・懇親会 申し込み】

氏名	会員No.・非会員	職種	事業所名	懇親会参加 有無 (○・×)

(フリガナ) _____

(氏名) _____ (電話番号) _____

※申し込みが複数名記入の場合は、代表者様の氏名・連絡先をご記入下さい

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7年4月30日

天草支部へのご意見・質問等 (ご自由にお書きください)