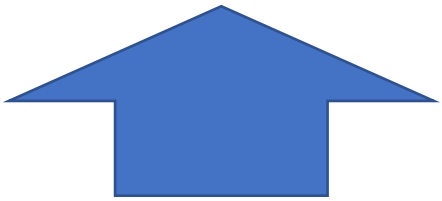

FAX 0749－52－8814

（送付状不要）

申込期限： 令和３年１１月２５日（木）必着

『根拠に基づく排泄介助（排便編）』

研修受講申込書

フリガナ 氏　名	……	男・女
会員・非会員	会員（会員番号 25-　　）　・　非会員 法人賛助会員（法人・事業名　　）	
自宅住所	〒 連絡の取りやすい電話番号： メールアドレス：	
勤務先	勤務先法人名及び事業所名：	
	〒 TEL:　　FAX：	

📖 受講不可の場合のみ電話にてご連絡いたします。
（連絡がない場合は当日会場にお越しください）

✏ 受講決定通知等の案内はありません。

🖊 申込書に記載された個人情報は本研修以外での使用はいたしません。

お問い合わせ先
滋賀県介護福祉士会　事務局
（０７７－５６９－５１３３）