

滋賀県介護福祉士会事務局 宛 FAX 番号 077-569-5173(送付状不要)

申込期限： 令和4年8月2日(火) 必着

令和4年度介護過程の展開力を培う研修会 申込書

ふりがな 氏名	
どちらかに○をしてください	個人会員(受講料 4,000 円) 非会員(受講料 8,000 円)
個人会員の方は 会員番号	
介護福祉士取得年	年登録
R3年11月24日の 研修受講歴	初めて 前回受講しました (どちらかに○をしてください)
自宅住所	〒
電話番号	(日中連絡の取れる番号)
メールアドレス	
勤務先	法人名・事業所
	〒
サービス種別	介護サービス : 障害福祉サービス:
職種(介護・生活相談員等) 及びその職種の経験年数	(約 年)
受講決定通知送付先	・自宅 ・勤務先 (どちらかに○をしてください)

※申込書に記載された個人情報は本研修以外で使用することはありません。

※郵送で申し込まれる場合は、申込書の控えをお取りください。

※申し込み先着順に受付け、通知送付先に受講決定通知書等を送付します。

※受講料は、原則として返金しませんが、開催が中止になる場合のみ返金します

QRコードからの申込もできます↓

【お問合せ・連絡先】 一般社団法人滋賀県介護福祉士会 事務局
〒525-0072 草津市笠山7丁目8番138号
TEL 077-569-5133 FAX 077-569-5173

