

平成30年度 排泄ケア研修基礎① 受講申込書

介護福祉士の

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 会員（会員番号 25— ） |
| <input type="checkbox"/> | 法人賛助会員 （法人・事業所名 ） |
| <input type="checkbox"/> | 非会員 |

↑ いずれかに○を。

| | |
|-------------|-------------------------|
| フリガナ 氏 名 | |
| | |
| 自宅 住所 | 〒 連絡の取りやすい電話番号： |
| | （法人名・事業所名） |
| 勤務 先 | （住所） 〒 TEL： FAX： |

↑ 受講決定通知等の送付先としていずれかに○を。

※申込書に記載された個人情報に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、個人で控えをお取りください。

※申し込み締め切り後、約10日以内に受講可否決定通知を発送します。