

「身体に関する基礎知識を学ぶ研修会」

平成 30 年度 医療的知識連続講座 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：
勤務先	(法人名・事業所名)
	(住所) 〒 TEL: FAX :

↑受講決定通知の送付先としていずれかに○を。

参加希望日 (※参加希望日 に○をしてくだ さい。複数可。)	① (H30. 12. 22)	② (H31. 2. 6)	③ (H31. 3. 6)

※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、個人で控えをお取りください。

※申し込み締め切り後、約1週間以内に受講可否決定通知を発送します。