

平成30年度 介護実技講師養成講座 申込書

FAX：077-569-5173 (送付状不要)

ふりがな 氏名		
会員 ・ 非会員 (○をつけてください)		
介護福祉士を取得した年		
会員 の方 のみ	会員番号	
	ファーストステップ 修了年度	
自宅住所		〒
連絡のとれる 電話番号		
FAX		
勤務先		
勤務先住所		〒 電話 FAX

※申込書にご記入いただいた個人情報は、研修にかかる目的以外に使用することはありません。

※ファーストステップ研修修了者の方は、修了証の写しを、それ以外の方は、実務経歴書（様式任意）を添付してください。

申込締切日：8月22日（水）必着