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

平成 30 年度　介護福祉士基本研修　申込書（第２回）

介護福祉士会の　　平成　　年　　月　　日

	会員（受講料１７，０００円）　⇒　会員番号　（２５―　　）
	非会員（受講料２８，０００円）

↑いずれかに〇を。

フリガナ 氏　　名			介護福祉士登録年月日 年　　月　　日
	自宅 住所	〒 日中連絡可能な電話番号（携帯など）　　－　　－ ＦＡＸ（あれば）　　－　　－	
	勤務 先	（法人名・事業所名）	
		（住所）　〒 ＴＥＬ　　－　　－　　ＦＡＸ　　－　　－	

↑通知等の送付先としていずれかに〇を。

※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１０日以内に受講可否決定通知を発送します。