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　認知症ケア研修　受講申込書

介護福祉士会の

	会員（会員番号25－　　）
	法人賛助会員 （法人・事業所名　　）
	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。