

⇒ 滋賀県介護福祉士会事務局あて FAX 番号 **077-569-5173** (送付状不要)
申込締切：令和元年6月10日(月)

令和元年度ファーストステップ研修 受講申込書

主催：公益社団法人日本介護福祉士会／一般社団法人滋賀県介護福祉士会

会員番号	介護福祉士登録年月日	介護福祉士登録番号
25-	平成 年 月 日	第 号

※本研修は日本介護福祉士会および滋賀県介護福祉士会の正会員が受講できます。

フリガナ 氏名		資格取得後の介護業務従事年数
		年 月
自宅住所	〒	
	日中連絡可能な電話番号(携帯電話など) TEL	
勤務先	法人名および事業所名(フリガナ)	
	事業所の所在地 〒 TEL FAX	

↑ 通知の送付先に○を付けてください。

支払方法 必ず○を付けてください	一括払い (75,000円)	2回分割払い (40,000円+35,000円)	3回分割払い (25,000円+25,000円+25,000円)
---------------------	-------------------	-----------------------------	-------------------------------------

- * 申し込み先着順に受け付けます。受講決定通知および受講料振込用紙等を郵送します。
- * 申込書に記入された個人情報は、個人情報保護法に基づき本研修以外では使用しません。

＜事務局使用欄＞		
<input type="checkbox"/> 申込み受付日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 受講決定通知日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 入金日① 月 日	<input type="checkbox"/> 入金日② 月 日	<input type="checkbox"/> 入金日③ 月 日
<input type="checkbox"/> 受講票送付日 年 月 日		