



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

申込期限：令和2年9月28日(月) 必着

## 「障がい者支援のための研修」 受講申込書

フリガナ 氏名	.....	男・女
会員・非会員	会員(会員番号 25- ) ・ 非会員 法人賛助会員(法人・事業所名 )	
自宅住所	〒  連絡の取りやすい電話番号： 勤務先法人名及び事業所名(フリガナ)	
勤務先	〒	
	TEL:	FAX:

講師への「質問」「聞きたい事」「困難にしていること」「悩んでいること」  
「学びたい事」等をご記入ください。

- ※ 受講不可の場合のみ電話にてご連絡いたします。(連絡がない場合は、当日会場にお越しください)
- ※ 受講決定通知等の案内は差し上げません。
- ※ 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
- ※ 申込書に記載された個人情報本研修以外での使用はいたしません。