



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3年8月12日(木) 必着**

**令和3年度 多職種連携研修 受講申込書**

<input type="checkbox"/>	会員 (会員番号25 - )
<input type="checkbox"/>	法人賛助会員 (必須：法人・事業所名 )
<input type="checkbox"/>	非会員

↑ いずれかに○

フリガナ 氏名	.....
自宅住所	〒  連絡の取りやすい電話番号： (法人名・事業所名)
勤務先	(住所) 〒
	TEL: FAX:
決定通知送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (どちらかに○をしてください)

- ※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、申込書のお控えをお取りください。
- ※申し込み締め切り日以降、通知送付先に受講決定通知書を送付します。
- ※受講料は、原則として返金しませんが、開催が中止になる場合のみ返金します。

**【お問合せ】**

一般社団法人滋賀県介護福祉士会事務局  
〒525-0072 滋賀県草津市笠山7丁目8番138号  
Tel077-569-5133 Fax077-569-5173