



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4年8月17日(水)必着

令和4年度 多職種連携研修(9/17(土))
受講申込書

	会員 (会員番号 25-)
	法人賛助会員 (必須：法人・事業所名)
	非会員・資格なし

↑いずれかに○をしてください

フリガナ	
氏名	
自宅住所	〒
電話番号	(日中連絡の取れる番号)
メールアドレス	
勤務先	(法人名・事業所名)
	(住所) 〒 TEL: FAX :
決定通知 送付先	・自宅 ・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、本申込書の控えをお取りください。

※申し込み先着順に受付け、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。

QRコードからの申し込みもできます↓

【お問合せ先】

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

