

平成29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

※当研修は日本介護福祉士会及び滋賀県介護福祉士会の正会員のみの参加が原則です。

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	勤務先法人名及び事業所名(フリガナ)	
	勤務先事業所 住所 〒 TEL FAX	

支払方法 (どちらかに○)	一括 (75,000円)	分割 (40,000円+35,000円)
------------------	-----------------	-------------------------

<当会使用欄>								
<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	年	月	日	/	<input type="checkbox"/> 入金日②	年	月	日
<input type="checkbox"/> 受講票送付日	年	月	日	/				

- * 申し込みに関する情報は、個人情報保護法に基づきこの研修連絡等以外には使用することはありません。
- * 申し込みは先着順での受け付けです。締切日以降に受講決定通知及び受講料振込用紙等を郵送いたします。
- * 受講不可の場合は申し込み後、14日以内に電話または FAX 等にてその旨をお伝えします。
- * 郵送で申し込まれる場合は、個人で控えを必ずお取りください。 **FAX 番号 077-569-5173**