

## 平成29年度 実習指導者講習会 受講申込書

介護福祉士の 平成 年 月 日

<input type="checkbox"/>	会員	⇒ 会員番号 (25— )
<input type="checkbox"/>	非会員	

↑ いずれかに○

	フリガナ氏名	介護福祉士登録年月日
		年 月 日
<input type="checkbox"/>	自宅住所	〒  連絡の取りやすい電話番号(携帯など) — —
<input type="checkbox"/>	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 — —

↑ 通知等の送付先としていずれかに○

実習指導経験年数 (            年 )

**< 当会使用欄 >**

申込受付日            年            月            日

入金日                    年            月            日

受講票送付日            年            月            日

申し込みは先着順での受付です。研修受講不可の場合のみ電話にてご連絡いたします。

- \* 振り込まれた受講料は未開講の場合を除き、原則として返金いたしません。
- \* 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は本研修以外での使用はいたしません。
- \* **研修当日の携帯電話番号：090-9840-7042**
- \* 締切日以降に受講決定通知及び振込用紙等を郵送でお送りします。