

申込み FAX 送信先 029-353-7246

※表裏間違えないよう確認して送信ください。

一般社団法人茨城県介護福祉士会 宛て

申込日	平成 28 年	月	日
-----	---------	---	---

平成 28 年度 介護福祉士基本研修会 申込書			
ふりがな 氏名		性別 男 女	生年月日 年 月 日(才)
自宅住所	〒		
電話	①自宅 _____ FAX _____ ②携帯 _____		
勤務先名			
連絡先住所等	〒 TEL _____ FAX _____		
介護福祉士登録番号	第	—	号
介護福祉士登録年月日	平成	年	月 日

受講料払込票 (受領書)
貼付

該当するいずれかに○をつけてください。
A. 会員 16,000円 会員番号 080-
B. 会員外 22,000円
※入会を希望する。 (入会に関する案内を お渡しいたします。)

◎お預かりしました個人情報は個人情報保護法を遵守し、研修の受講者管理のみ使用させていただきます。