

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31年	月	日
-----	-------	---	---

平成31年度 介護福祉士基本研修 申込書					
ふりがな 氏名	ふりがな	性別	男 女	生年月日	S / H 年 月 日生
自宅住所	〒				
電話	①自宅 _____ FAX _____ ②携帯 _____				
勤務先名					
その他	1. 全ての講義を受講する 2. 希望日受講 4/21 5/12 5/26 6/15 ※希望される受講日に○をつけてください。				
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
①入会を希望する ②入会を希望しない
C. 各日 合計 _____ 円 会員@4500×日数 非会員@6000×日数

◎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。