

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 介護福祉士実習指導者講習会		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			
勤務先住所等	〒 _____ 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 20,000円 会員番号 080-
B. 会員外 35,000円
① 入会を希望する。 ② 入会は希望しない。
C. フォローアップのみ受講 会員 無料 非会員 3000円

◎お預かりしました個人情報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。