



FAX 029-353-7246

(一社) 茨城県介護福祉士会事務局行き

県央ブロック研修

参加申込書 (締め切り5月23日木曜日)

標記講座について、下記の通り申し込み致します。

H・R 年 月 日

氏名	ふりがな	年齢	
		経験年数	
	(会員NO. . 非会員 )	職名	
	ふりがな	年齢	
		経験年数	
	(会員NO. . 非会員 )	職名	
施設 / 事業所名			
所在地			
TEL			
FAX			