

FAX 送信先 029-353-7246

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年度サービス提供責任者研修 申込書					
氏名		性別	男 女	生年月日	和暦 年 月 日(才)
連絡先住所	〒				
電話	※研修日当日にご連絡がつく番号 *自宅 _____ FAX _____ *携帯 _____				
勤務先名					
勤務先住所	〒 TEL _____ FAX _____				
サービス提供責任者としての実務経験	何れかに○をお願いします (ある・なし) 「ある」と答えられた方 ⇒ 経験年数(約 年 ヶ月)				
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				

該当するいずれかに○をつけてください。	
A. 会員 30,000円 会員番号 080-	B. 会員外 41,000円 ①入会を希望する ②入会を希望しない
C. 下記日程の講座を受講します。(◎修了証は授与されません。)	
(1 講座受講料 6,800円 テキスト代別途)	
6/9(日)	7/7(日)
9/15(日)	10/13(日)
11/10(日)	12/7(土)
※希望日程へ○印をつけてください。	

*ご記入いただきました個人情報は、本研修以外では使用いたしません。