

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	令和元年	月	日
-----	------	---	---

令和元年度 第2回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。

◎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。