

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回介護福祉士基本研修会				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					
連絡先住所等	〒 _____ 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 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
--

◎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。