

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 年 月 日

令和2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. 賛助会員施設所属 32,000円

◎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。