

平成27(2015)年度

介護予防体操フォローアップ研修会

《 申 込 書 》

ふりがな 氏 名	(性別 男・女) (生年月日) 年 月 日 (歳)
自 宅	(住所) 〒 (TEL) (FAX) (携帯電話)
勤務先	(名称) (所在地) 〒 (TEL) (FAX)
介護予防体操研 修会修了者番号 (分かる方)	平成25年度・平成26年度 修了 番 (受講年度に○) 介護福祉士としての実務経験年数 年

申込締め切り： 7月 29日 (水)

申込先： F A X 029-353-7246