

(別紙1)

**平成23年度
愛媛県キャリアアップ支援研修会（認知機能編）
参加申込書**

※ 必ず連絡が取れる場所をご記入ください。

会員・非会員	正会員 ・ 非会員	※会員の方は会員番号をご記入ください。 ↓					
フリガナ		介護福祉士会 会員番号	3	8			
氏名							
経験年数	介護福祉士として介護の業務に従事した経験年数：(年 か月)						
	認知脳機能障害者・児等への支援業務に従事した経験年数：(年 か月)						
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日						
自宅住所	〒 -						
	TEL () - FAX () -						
勤務先名称							
勤務先所在地	〒 -						
	TEL () - FAX () -						
入会申込	※ 本研修会受講を機会に、愛媛県介護福祉士会への入会を希望する場合は、下記を○で 囲んでください。 <p style="text-align: center;">— 入会を希望します —</p>						
質問事項	—講師の方へ質問があればご記入ください。—(質問講師名も記載)						

※ 本申込書で取得した個人情報については、その取り扱いに十分留意し、研修会の運営管理・登録等以外の目的では使用いたしません。

※ 申込締切日以降に、定員を超え参加が不可の場合のみに通知もしくは連絡をいたします。必ず連絡が取れる自宅及び勤務先をご記入ください。

申込〆切 平成23年12月9日(金) 必着

申し込み先 一般社団法人愛媛県介護福祉士会事務局 ※FAX可

FAX 089-987-6047 (送信紙は不要です。)