

平成 2 3 年度介護福祉士初任者研修会参加申込書

一般社団法人愛媛県介護福祉士会

会員・非会員	正会員 ・ 非会員	介護福祉士会 会員番号	3	8				
フリガナ								
氏名		生年月日	S・H	年	月	日生		
介護福祉士 資格取得時期	平成 年							
経 験 年 数	介護の業務に従事した経験年数：(年 か月)							
フリガナ								
勤務先名称								
通知等送付先	自宅 ・ 勤務先 ← どちらかに○							
勤務先 又は 自宅住所	〒 - TEL () - FAX () - 携 帯 () -							
その他	※ 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○で囲むこと。 <p style="text-align: center;">入会を希望します</p>							

※必ず連絡の取れる場所及び連絡先等を記載願います。

○ 申込×切

平成 2 3 年 7 月 2 2 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。)