

# 介護福祉士基本研修申込書

FAX : 024-983-1848 (送り状は不要です)

フリガナ		該当するほうに○を付けて下さい	
氏名		会員 (No. )	
		非会員	
介護福祉士 登録番号		職種	
生年月日	年 月 日	経験年数	年
自宅住所	〒		
自宅連絡先	TEL ( ) - FAX ( ) -		
勤務先名			
勤務先住所	〒		
勤務先連絡	TEL ( ) - FAX ( ) -		
参加券送付先	自宅 ・ 職場		

申込締切日 令和3年9月25日 (土)

一般社団法人 福島県介護福祉士会