

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
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6年8月31日 (土)

一般社団法人 福島県介護福祉士会