宛先：FAX　019-694-2433

　　　社会福祉学部 実習教育開発室 行

第4回介護福祉士研修会

FAX申し込み用紙

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 職名・氏名 | 連絡先 | 介護福祉士会員番号　　介護福祉士会会員のみ | 講義 | 演習 |
| ※記載例特別養護老人ホーム県大苑 | 介護福祉士滝沢花子 | 019-111-1111 | 123456 | ○ | × |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**※介護福祉士会会員以外の方の申し込みも可能です。**

**※講義・演習の参加希望について、○×で記載ください。**

**※メールでの申し込みの場合は、上記内容を漏れなく記載ください。**