

申込み FAX 送信先 029-353-7246

※表裏間違えないよう確認して送信ください。

一般社団法人茨城県介護福祉士会 宛て

申込日	平成 28 年 月 日
-----	-------------

平成 28 年度 介護福祉士基本研修会 申込書					
ふり 氏 名		性 別	男 女	生年月日	年 月 日(才)
自宅住所	〒				
電 話	①自 宅	FAX			
	②携 帯				
勤務先名					
連絡先住所等	〒	TEL	FAX		
介護福祉士登録番号	第	一	号		
介護福祉士登録年月日	平成 年 月 日				

受講料払込票（受領書） 貼付	該当するいずれかに○をつけてください。 A. 会員 16,000円 会員番号 080- B. 会員外 22,000円 ※入会を希望する。 (入会に関する案内を お渡しいたします。)
-----------------------	--

◎お預かりしました個人情報は個人情報保護法を遵守し、研修の受講者管理のみ使用させていただきます。