

# 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	令和元年	月	日
-----	------	---	---

令和元年度 第2回介護福祉士実習指導者講習会 申込書			
ふり 氏 名	ふりかな	性 別	男 女 生年月日 S / H. 年 月 日生
自宅住所	〒 -		
電 話	①自 宅	FAX	
	②携 帯		
勤務先名			
勤務先住所等	〒	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）	該当するいづれかに○をつけてください。
貼 付	<p>A. 会員 20,000円 会員番号 080-</p> <p>B. 会員外 35,000円</p> <p>① 入会を希望する。</p> <p>② 入会は希望しない。</p>

◎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。