

平成29年度 介護福祉士基本研修 申込用紙

氏 名	(ふりがな)		男性	女性		
生年月日	昭和・平成	年	月	日生まれ	満	才
区 分	会員【会員番号	】	非会員	いづれかに○		
所属(勤務先)						
資格登録年	平成	年				
住 所	<input type="checkbox"/> 勤務先 〒 <input type="checkbox"/> 自 宅 〒 受講票の送付先として希望するほうの□をチェック 事務連絡など確実に連絡がとれる番号					
電話番号	— —					

ファックス番号 055-267-6955

- ・必要事項は全てご記入下さい。
- ・受付後事務局より受講票を送付いたします。
- ・定員超過の場合もご連絡を差し上げます。
- ・今回知り得た個人情報につきましては研修以外の目的で使用いたしません。
- ・その他お問い合わせ 一般社団法人山梨県介護福祉士会事務局055-282-4733
(電話対応は平日の9時～16時まで)