

平成 26 年 7 月 20 日（日）開催

平成 26 年度 始良・伊佐地区支部介護セミナー 申込書

|  |   |
|--|---|
| ふりがな                                   |   |
| お 名 前                                  |   |
| ふりがな                                   |   |
| お 名 前                                  |   |
| 勤 務 先                                  |   |
| 所 在 地                                  | 〒<br><br>TEL : _____ FAX : _____  |
| 介護福祉士会                                 | 1. 介護福祉士会 会員                      2. 賛助会員<br>3. 一 般<br>(介護福祉士資格登録と介護福祉士会 会員は異なります。)                 |
| 日本介護福祉士会発行<br>研修受講券の使用                 | 1. 研修受講券を使用する。              2. 使用しない。<br>(日本介護福祉士会発行の研修受講券をお持ちの方のみ、<br>ご記入ください。)                    |
| 定員超過等の連絡先<br>(いずれかに○および<br>記入をしてください。) | ご本人様<br>1. 電話番号 ( _____ )<br>勤 務 先<br>2. 電話番号 ( _____ )<br>(1) ご本人様<br>(2) ご担当者様<br>お名前 ( _____ ) 様 |

お申込先：一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会

**FAX : 099-299-1888 (送信票不要)**

郵送の場合：〒890-8517 鹿児島市鴨池新町 1-7 県社会福祉センター4階

お問い合わせ先：一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会 事務局  
TEL : 099-206-3050  
E-mail : jaccw46@po5.synapse.ne.jp