

FAX : 099-299-1888

鹿児島県介護福祉士会

障がい者分野研修会 申込み書

ふりがな	
氏名	
自宅住所	〒 TEL :
勤務先	
勤務先所在地	〒 TEL : FAX :
介護福祉士会	1. 介護福祉士会 会員 2. 一般 ※ 介護福祉士資格登録と介護福祉士会 会員は異なります。
定員超過等の 希望連絡先 (※ いずれかに○をして 下さい)	ご本人様の 1. 自宅電話 2. 携帯電話 3. 自宅 FAX 勤務先へ申込者様宛に 4. 電話連絡 5. FAX にてお知らせ

<お申込み・お問合せ先>

一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会

〒890-8517

鹿児島市鴨池新町 1-7 (県社会福祉センター4階)

TEL : 099-206-3050

FAX : 099-299-1888