平成 27 年 3 月 8 日（日）開催

鹿児島県介護福祉士会セミナー 申込書

ふりがな			
お　名　前			
年　齢	歳	性　別	
勤　務　先			
所　在　地	〒 TEL：　　FAX：		
認知症サポーター 養成講座 （〇をしてください。）	参　加を 1.　希望する　　2.　希望しない		
介護福祉士会	1.　介護福祉士会　会員　　2.　賛助会員・団体　　3.　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。）		
日本介護福祉士会発行 研修受講券の使用 （お持ちの方のみ）	1.　研修受講券を＿＿＿＿円分使用する。　　2.　使用しない。 ※ 研修受講券を使用した際のおつりはございません。 ご了承ください。		
定員超過等の連絡先 （いずれかに〇および 記入をしてください。）	ご本人様 1.　電話番号（　　） 勤 務 先 2.　電話番号（　　） （1）ご本人様 （2）ご担当者様 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

お問合せ先：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