

## 「コーチング研修」参加申込書

1 受講申込者

令和元年 月 日

*フリガナ			研修補助券
*氏名			<input type="checkbox"/> 使用します
*生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女
自宅住所	〒		
*日中連絡先 TEL・携帯	( ) -		

2 所属先

事業所名	
職種/有資格名	

3 介護福祉士会会員について

\*該当する番号を必ず○で囲んでください。

介護福祉士会員の方	1 正会員 (35- )	2 準会員
会員外の方 (入会について)	1 希望する	2 希望しない

締切日：令和元年11月11日(月)



一般社団法人 山口県介護福祉士会  
〒754-0893 山口市秋穂二島 1062  
山口県セミナーパーク内  
TEL 083-987-0122 FAX 083-987-0125  
E-mail [info@yamaguchi-kaigo.jp](mailto:info@yamaguchi-kaigo.jp)