

FAX 083-987-0124

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会 福祉研修部（福祉研修センター） 佐伯 行

令和4年度 山口県介護支援専門員実務研修受講試験対策講習会 受講申込書

ふりがな														
氏名														
勤務先														
資料等 送付先住所	[自宅 ・ 勤務先] ※該当に○を付けてください。 〒 — 連絡先電話番号（ — — ）													
会員および非会員 ※会員の方は該当する 団体に○印を必ずご 記入ください。 ※所属の事業所が加入し ているかどうかご確認 ください。	<table border="1"><tr><td rowspan="7">会員</td><td>1 山口県老人福祉施設協議会</td><td>2 山口県老人保健施設協議会</td></tr><tr><td>3 山口県デイサービスセンター協議会</td><td>4 山口県老人デイ・ケア協議会</td></tr><tr><td>5 山口県地域包括・在宅介護支援センター協議会</td><td></td></tr><tr><td>6 山口県介護福祉士会 [会員番号：]</td><td>※会員番号を記載してください。</td></tr><tr><td>7 山口県社会福祉協議会</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">非会員</td></tr></table>	会員	1 山口県老人福祉施設協議会	2 山口県老人保健施設協議会	3 山口県デイサービスセンター協議会	4 山口県老人デイ・ケア協議会	5 山口県地域包括・在宅介護支援センター協議会		6 山口県介護福祉士会 [会員番号：]	※会員番号を記載してください。	7 山口県社会福祉協議会		非会員	
会員	1 山口県老人福祉施設協議会		2 山口県老人保健施設協議会											
	3 山口県デイサービスセンター協議会		4 山口県老人デイ・ケア協議会											
	5 山口県地域包括・在宅介護支援センター協議会													
	6 山口県介護福祉士会 [会員番号：]		※会員番号を記載してください。											
	7 山口県社会福祉協議会													
	非会員													
	受講コース ※該当する□にレ印を 必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> セット受講（模擬試験＋講義2日） <input type="checkbox"/> 模擬試験のみ												

※この受講申込書は、本講習会の参加者名簿作成及び模擬試験受験にかかる手続き等の目的にのみ使用します。

申込受付期間 6月1日(水)～6月22日(水)

※上記期間以外の申込は受け付けません。