

平成 25 年度実務者研修教員養成講習会
受 講 申 込 書

申込日 月 日

ふりがな				会員番号			
氏名				男 ・ 女	西歴	年	月 日 生
送付先住所（自宅・勤務先） 〒				TEL			
				FAX			
勤務先名称							
職種				役職			
介護福祉士取得後の 実務経験年数		年		介護職としての 通算経験年数		年	
昼食 1食1,000円 (希望する日に○をお付け下さい)		2/13		2/14		2/15	
		3/4		3/5			
		3/27		3/28		3/29	

公益社団法人日本介護福祉士会事務局

東京都港区虎ノ門 1-22-13 西勘虎ノ門ビル 3 階

TEL 03-3507-0784 FAX 03-3507-8810 E-mail webmaster@jaccw.or.jp

締切：平成 26 年 1 月 24 日（金）