

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](mailto:webmaster@jaccw.or.jp)

締切：平成 26 年 1 月 24 日（金）