

介護事業者のリスクマネジメント 参加申込書

申込日：平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	
自宅住所	〒
所属先	
日中連絡のつく 電話番号	
該当する番号を○で囲んでください	
1 正会員 (会員番号) (ブロック)	
2 準会員 (ブロック)	
3 一般	
4 当日入会希望 (正会員 ・ 準会員) ※会員種別を○で囲んでください	

- ※ 必要事項を記入の上、本会事務局あて郵送またはFAXでお申込みください。
- ※ 申込締切日：平成28年1月6日(水)
- ※ 参加申込書に記載された個人情報は、研修運営管理のみに使用させていただきます。

《申込・問い合わせ先》

一般社団法人 山口県介護福祉士会

(社福)山口県社会福祉協議会 福祉研修センター

担当 富永・渡邊・櫛崎

〒754-0893 山口市秋穂二島 1062 (山口県セミナーパーク)

TEL 083-987-0122 FAX 083-987-0124

E-mail info@yamaguchi-kaigo.jp

HP <http://www.yamaguchi-kaigo.jp/>