

『介護入門研修』

参加申込書

市町名 _____

所属等 _____

連絡先 _____ - _____

記入者名 _____

申込日：平成 年 月 日

| 所 属 | (ふりがな) 氏 名 | 年齢 | 研修希望会場 ※必ず記入してください。 |
|-----|---------------|----|------------------------|
| | () | | |
| | () | | |
| | () | | |
| | () | | |
| | () | | |

※ 申込締切日：開催日の2週間前

※ 参加申込書に記載された個人情報は、本研修の運営管理のみに使用させていただきます。

申込み・問い合わせ先：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 福祉研修センター内
TEL 083-987-0122 FAX 083-987-0124
E-mail info@yamaguchi-kaigo.jp
HP <http://www.yamaguchi-kaigo.jp/>

携帯サイト

山口県介護福祉士会の
各種情報が携帯から
ご覧いただけます



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