

# 介護福祉士基本研修

## 参加申込書

申込日：平成 年 月 日

ふりがな		研修受講券
氏名		使用します
連絡先	〒 - Tel ( ) -	
年齢	歳	性別 男・女
所属先		事業所種別 例) 特養
福祉職経験年数	年 か月	資格取得年数 年
該当するところを☑してください		
<input type="checkbox"/> 正会員 (会員番号 35- ) ( ブロック)		
<input type="checkbox"/> 会員外		
<input type="checkbox"/> 当日正会員入会希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
宿泊希望 (希望日に☑してください)	<input type="checkbox"/> 5月22日(月)	<input type="checkbox"/> 6月 2日(金)

※ 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29年5月8日(月)

※ 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

〒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

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

E-mail [info@yamaguchi-kaigo.jp](mailto:info@yamaguchi-kaigo.jp)

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