|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 年齢 | 男　　・　　女  性別  　　　歳 |
| 案内送付先  （　　）　事業所  （　　）　自　宅  事業所名 |  | 会員区分 | （　　）会員　　　　　　　（　　　）非会員  会員No. |
|  |  | 緊急連絡先  （携帯） |  |
| ※ご提出いただいた個人情報は、研修の連絡、名簿作成以外には使用しません。 | | | |

**一般社団法人静岡県介護福祉士会　行**

**FAX　054-253-0829**

**「高齢化に伴う知的障がい者の理解と対応研修」申込書**

ふ　り　が　な