**一般社団法人静岡県介護福祉士会　行**

**（FAX　０５４-２５３-０８２９）**

　障がい者支援研修

「**高齢化に伴う広汎性発達障がい対応研修」**申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 区分 | 会員  No（　　　　　　　） |
| 氏　名 |  | | |
| 非会員 |
| 自宅住所 | （〒　　　　　―　　　　　　　　） | | | | |
|  | | | | |
| 自宅電話 |  | FAX |  | | |
| 携帯電話 |  | メールアドレス |  | | |
| 勤務先名称 |  | | | | |
| 勤務先住所  (勤務先送付希望の場合) | （〒　　　　　　） | | | | |
|  | | | | |
| 受講票送付先 | 自　宅　　（　　 　）　　　勤務先 （　　　　　） | | | | |

＊申込書に記入していただいた個人情報は本講座のみに使用し、他の目的には使用しません。