

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			会員
氏名			区分 No ( )
			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。