

一般社団法人静岡県介護福祉士会 行  
FAX 054-253-0829

「知的障がい者の理解と対応研修」申込書

氏名		年齢	歳	性別	男・女
ふりがな 事業所名		会員 区分	( )会員 会員 No. _____	( )非会員	
案内送付先 ( ) 事業所 ( ) 自宅		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。					