

【送信先】一般社団法人静岡県介護福祉士会行 (FAX054-253-0829)

*お手数ですが送信後、着信確認のお電話を下さい。(TEL054-253-0818)

「介護過程の展開研修」受講申込書 (令和5年3月4日)

令和 年 月 日記入

| | |
|-------------------------|-------------------|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 自宅住所 | (〒) |
| 会員区分 | 会員 No.22() / 非会員 |
| 自宅又は携帯電話No. | |
| FAX 番号 | |
| E-mail | |
| オンラインに変更の場合 (どちらかに○) | 受講できる / 受講できない |

* 申込書に記入していただいた個人情報は本研修のみ使用しその他の目的には使用しません。