

FAX番号 054-253-0829

静岡県介護福祉士会事務局 行

静岡市介護福祉士会 介護技術基礎講座(移動・移乗介助) 申込書

※の箇所は必ず記入して下さい。

令和5年 月 日

フリガナ		※ 該当箇所に○をつけてください () 会員・賛助会員・準会員 () 非会員
※ 氏名		
※ 参加方法	該当箇所に○をつけてください () 会場で受講希望 () Zoom参加	
※ 案内送付先住所	※送付先が勤務先の場合は事業所名も記入してください。 〒 _____	

※ 連絡が取れる電話番号 (自宅・携帯・勤務先)いづれかに○	
E-mail	

※ご記入いただいた個人情報は、本人の承諾なしに本研修以外に使用することは致しません。