

【送信先】一般社団法人静岡県介護福祉士会 行(FAX 054-253-0829)

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

介護福祉現場の感染対策研修 受講申込書

令和6年 月 日記入

ふりがな		性別	区分 (どちらかに○)
氏名		男・女	会員 () No. _____ 非会員 ()
連絡先電話番号 (昼間連絡が取れる番号)			
メールアドレス			
受講決定通知送付先 (どちらか希望に✓) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	(〒 _____)		
所属事業所名称			
事業所種別 (例:特養、老健等)			
役職			
感染対策で困ったこと			

* 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。