

【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7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。

☆