

## 平成29年度公開セミナー参加申込書

○ 法人用等(法人等で申し込む場合に記載)

法人名等		
住 所		
連絡先	TEL	FAX
担当者氏名		
参加者人数		
職 名	氏 名	介護福祉士会会員(どちらかに○)
		会員(会員番号 ) 非会員
		会員(会員番号 ) 非会員
		会員(会員番号 ) 非会員
		会員(会員番号 ) 非会員
		会員(会員番号 ) 非会員
		会員(会員番号 ) 非会員

○ 個人用(個人で申し込む場合に記載)

氏 名		
住 所		
連絡先	TEL	FAX
介護福祉士会会員 (どちらかに○)	会員(会員番号 ) 非会員	
備 考		

○申込書送付先

〒380-0928

長野市若里7-1-7 長野県社会福祉総合センター5階

公益社団法人長野県介護福祉士会

TEL 026-223-6670

FAX 026-223-6679 平成29年11月6日(月)までにお申し込みください。