

## 平成30年度 長野県介護福祉士会研修申込書

研修名

事業所担当者名 \_\_\_\_\_

申込日 年 月 日

フリガナ			職 名
氏 名			
会 員	200 _____ (必ずご記入下さい)	非会員	
入会希望	会員希望あり (入会申込書を電話で取り寄せてから、下記に郵送して研修を申込みください。)		
年 数	介護福祉士取得後 年	実務経験 年	
生年月日	年 月 日	歳	男 女
勤務先の名称			
勤務先住所	〒		
勤務先連絡	TEL	FAX	
自宅住所	〒		
自宅連絡(携帯)	TEL	FAX	
受講決定通知	受講決定通知を締め切り後にFAXします。FAXは希望先のみ明記してください。		

公益社団法人長野県介護福祉士会

〒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

TEL 026-223-6670

FAX 026-223-6679