

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