

研修名 平成31年度 「リスクマネジメント研修(初級編と中堅編)」研修申込書

施設担当者名 _____

申込日

フリガナ				職名
氏名				
会員	200 い)	(必ずご記入下さい)	非会員	
	会員希望あり (入会手続きを研修前にして頂ければ会員扱いにします。)			
年数	介護福祉士取得後	年	実務経験	年
リスクマネジメントのみ記入下さい	初級		中堅	
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	
自宅連絡(携帯)	TEL		FAX	
FAX希望先	(勤務先以外を希望の場合のみ記入)			

*受講決定した方に受講通知ををFAXでお知らせしますので期日内に手続きをお願いします。

公益社団法人長野県介護福祉士会

FAX 026-223-6679