

令和5年度 サービス提供責任者研修参加申込書

ふりがな			
※氏名	※生年月日 昭和・平成 年 月 日		
※自宅住所	〒 — TEL — — ※日中連絡が取りやすい連絡先をご記入ください。		
勤務先名 (TEL)	TEL — —		
会員の有・無 (どちらかに○)	有・無	会員番号	420
※開催日 (参加希望日に○)	2月17日(土)		2月24日(土)
	3月2日(土)		3月9日(土)
	3月21日(木)		3月22日(金)
開催方法	ZOOM研修の為、後日、ID/パスコードをメールします		
※メールアドレス			
※印の欄は必ず記入してください。			

FAX: 095-842-1310

MAIL: nagasakikaigofukusi@lagoon.ocn.ne.jp

※FAX またはメールでお申し込みください。

※申し込み締め切りは、令和6年2月2日(金)までです。

【お問合せ先】

〒852-8104 長崎市茂里町3-24 長崎県総合福祉センター県棟4階
 一般社団法人長崎県介護福祉士会 事務局
 TEL 095-842-1237 (10:00~17:00 迄 土・日・祝休み)