

申込み方法

受講申込み書にご記入の上、下記事務局までFAXまたはご郵送下さい。  
FAX 095-842-1310 令和6年9月27日(金)締め切り

介護福祉士基本研修 受講申込書

申込日 6年 月 日

フリガナ	
氏名	
連絡先	自宅 ・ 勤務先 (どちらかに○を付けてください) 〒 - TEL ( ) - FAX ( ) -
会員番号	いずれかに○を付けてください。会員番号は介護福祉士の登録証番号とは異なりますので、ご注意下さい。 ・ 会員 (会員番号: _____) ・ 入会申込中 ・ 非会員
所属名	福祉関係の仕事に従事されている方のみ、勤務している施設名をご記入下さい。
職種	福祉関係の仕事に従事されている方のみ、職種をご記入下さい。

本研修に関するお問い合わせ先

一般社団法人長崎県介護福祉士会 事務局  
〒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  
TEL 095-842-1237 (10:00~17:00 土・日・祝日休み)  
E-MAIL nagasakikaigofukusi@lagoon.ocn.ne.jp