

令和6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	〒 —	携帯番号 — —
勤務先名称		
勤務先住所	〒 —	電話番号 — —
受講決定送付先	自宅 ・ 勤務先 どちらかに○してください。	
介護福祉士資格 登録日及び番号	年 月 日	第 号
長崎県介護 福祉士会	会員（会員番号：420 ）・非会員 どちらかに○してください。	
受講決定送信用 アドレス	@	

FAX : 095 - 842 - 1310

E-Mail : nagasakiKaigofukusi@lagoon.ocn.ne.jp

【申込締切】令和7年1月30日（木）

【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（平日10:00～17:00）