



FAX 送信方向 FAX 番号 03 - 3355 - 3122

## 医療介護福祉士認定講座・第3回大阪会場

# 参加申込書

(本紙に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。)

〔申込先〕FAX: 03 - 3355 - 3122 日本慢性期医療協会

〔申込締切〕平成23年8月31日(水)

〔参加定員〕介護福祉士90名(先着順)

\* 連絡担当者様あてに参加費請求書及び受講票を9月中旬頃お送りさせていただきます。

\* 満席の場合は、本申込用紙受信後、3日以内にご連絡いたします。

\* 宿泊・交通の手配等につきましては、各自でお願いいたします。

施設名 \_\_\_\_\_ どちらかに \_\_\_\_\_ 会員 ・ 非会員

住所 \_\_\_\_\_ (〒 - )

TEL . \_\_\_\_\_ FAX . \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

(ふりがな)

連絡担当者氏名 \_\_\_\_\_ 部署 \_\_\_\_\_

	(ふりがな) 受講者氏名	性別	年齢	介護福祉士 取得後の 経験年数
1		男・女	歳	年
2		男・女	歳	年
3		男・女	歳	年
4		男・女	歳	年
5		男・女	歳	年