



FAX 送信方向 FAX 番号 03 - 3355 - 3122

医療介護福祉士認定講座・第4回東京会場

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24年1月13日(金)

〔参加定員〕介護福祉士としての実務経験が1年以上ある者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1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、平日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 . _____

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 実務年数
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