

リスクマネジメント研修 受講申込書



・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 026-223-6679 締め切り 4/6 (日)

申込日 年 月 日

※希望日の□に✓を入れて下さい。

<input type="checkbox"/> 4月14日 (月) 松本なんなん広場		<input type="checkbox"/> 5月23日 (金) JA長野県ビル	
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)		
	〒 -		
	Mail _____		
	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、ご注意ください。		
	・ 会員 (会員番号:) ・ 入会希望 ・ 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

公益社団法人 長野県介護福祉士会

〒380-0936

長野市中御所岡田 98-1 長野保健福祉事務所庁舎 2F

TEL (026) 223-6670 FAX (026) 223-6679

Mail info@kaigo-nagano.jp