

注意事項（必ずお読み下さい）

- ・ 下記申込書に記入の上、FAX・郵送等でお申込みください。当会HPからもお申込受付いたします。
- ・ 受講票等は発送いたしませんので、当日は直接会場までお越しください。
- ・ 郵送でのお申込の方は、控えとして各自で必ずコピーを行い手元に保管してください。
- ・ 定員を越えるお申込があった場合は、ご連絡させて頂く場合がございます。

新潟県介護福祉士会 下越ブロック研修

2024. 8. 3 「健康は「おなか」から」参加申込書

◆下記の必要事項を記入して、FAXまたは郵送でお申込みください。

締切：7月19日（金）

ふりがな		申込区分 (該当に ○)	・ 介護福祉士会会員 (会員番号15 -)	
参加者氏名			・ 非会員	
勤務先 サービス種別 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他 ()	介護職 経験年数	<input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上3年未満 <input type="checkbox"/> 3年以上5年未満 <input type="checkbox"/> 5年以上10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上	

連絡先住所先 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 参加者自宅 ・ <input type="checkbox"/> 勤務先		
連絡先住所	〒 -		
勤務先名			
電話番号	※日中連絡可能な連絡先		
メールアドレス			

※本研修は、申込後「受講票」を発行いたしません。あらかじめご了承ください。
ご記入頂きました個人情報、本研修の運営管理以外では使用いたしません。
研修終了後は、当会事務局で責任を持って破棄いたします。

(申し込み先)

新潟県介護福祉士会事務局

〒950-0994 新潟市中央区上所2-2-2 ユニゾンプラザ3F

TEL 025-281-5531 担当 五百川・真保

FAX 025-281-7710

受付者	受付番号