

FAX 送信先
092-883-1142

セミナー受講申込書



送信方向

| | | | |
|------------|--|--------|--|
| 講座名 | 介護スキルアップセミナー 【介護記録を実地指導に活かす ～個人情報とリスクマネジメント～】 | | |
| セミナー期日 | <input type="checkbox"/> 平成 26 年 7 月 25 日 (金) 【第 1 回】 <input type="checkbox"/> 平成 26 年 7 月 31 日 (木) 【第 2 回】 参加される期日に✓をお願いします | セミナー時間 | 13 : 30～16 : 30 |
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 *セミナー終了後にお渡しする受講証明書に記載の為、ご記入願います。 | 性別 | 男 女 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | () | 携帯番号 | () |
| Fax 番号 | | | |
| E-Mail | @ *ご連絡は可能な限りメールで優先的に行いますのでできるだけご記入をお願いします。 | | |
| 勤務先名 | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | |
| 勤務先電話番号 | () | | |
| 勤務先 FAX 番号 | () | 通知等送付先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 |
| 介護系取得資格 | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (1・2 級) <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 介護系勤務年数 | 年 | | |

*受講者の個人情報(氏名、住所、電話番号等)は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認の範囲で利用いたします。

受講申込用紙にご記入後、Faxにてお申し込みください。

●お問い合わせ先●



福岡シティ福祉サービス

〒819-0005 福岡市西区内浜 1-3-39 山根ビル 405 Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142

FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE