

講座受講申込書



FAX 送信先
092-883-1142

送信方向

講座名	介護保険事務士・上級養成セミナー		
期日	平成 26 年 10 月 4 日～平成 26 年 12 月 27 日 (全 14 日間)	時間	10 : 00 ~ 16 : 30
フリガナ			性別 男・女
氏名			
住所	〒		
電話番号	()	携帯番号	()
Fax 番号			
E-Mail	@ ご連絡はできる限りメールで行いますので持っておられる方はご記入願います。		
勤務先名			
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号	()		
勤務先 FAX 番号	()		
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

〒福岡市西区内浜 1-3-39 山根ビル 405

Tel 092-883-9144 Fax092-883-1142

FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE