

FAX 送信先
092-883-1142

セミナー受講申込書



送信方向

講座名	介護福祉事務セミナー【追加募集・福岡地区】 ～介護給付費請求と国保連審査～		
セミナー期日	<input type="checkbox"/> 平成 26 年 8 月 23 日 (土)【基礎編】 <input type="checkbox"/> 平成 26 年 8 月 29 日 (金)【応用編】 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