

FAX 送信先
092-883-1142

出張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「認知症について」				
希望会場名	<input type="checkbox"/> 勤務先（ ） <input type="checkbox"/> ファミレス、喫茶店など *後ほどお電話で打ち合わせをさせていただきます。				
希望セミナー 期日	第一希望 月 日	希望時間帯	時 分～	時 分頃を希望	
	第二希望 月 日				
フリガナ					
氏名					
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（ ）歳			性別	男 女
	*後日お渡しする受講証明書に記載の為、ご記入願います。				
住所	〒				
電話番号	()	携帯番号	()		
Fax 番号					
E-Mail	@				
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				

注意：後ほどお電話等にて打ち合わせをさせていただきますので、ご連絡先は必ずお書きください。

*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

FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE

〒819-0005 福岡市西区内浜 1-3-39 山根ビル 405 Tel 092-883-9144 Fax 092-883-114