

FAX 送信先  
092-883-1142

## セミナー受講申込書【個人用】



送信方向

講座名	介護計画書を立案・作成しよう! ～情報収集と課題分析・計画立案～		
セミナー期日	<b>【A 日程】 希望日に✓を入れてください</b> <input type="checkbox"/> (第1日目) 平成28年8月19日 <input type="checkbox"/> (第2日目) 8月26日 <b>【B 日程】 希望日に✓を入れてください</b> <input type="checkbox"/> (第1日目) 平成28年8月22日 <input type="checkbox"/> (第2日目) 8月30日	セミナー 時間	10:30～ 16:00
フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成      年      月      日生 <b>*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。</b>	性別	男 女
住所	〒		
電話番号	(      )	携帯番号	(      )
Fax 番号			
E-Mail	@ <b>*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。</b>		
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1-14-13 カイザー姫浜201

FUKUOKA CITY  
WELFARE SERVICE

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142