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	H30 介護保険改正・報酬改定について ～インセンティブと自立型ケアプラン、社会参加～		
セミナー期日	□（A 日程）平成 30 年 7 月 21 日　□（B 日程）7 月 28 日 □（C 日程）平成 30 年 8 月 27 日　□（D 日程）8 月 29 日 希望日に✓を入れてください	時間	10:30~16:00 長崎のみ 11:00~16:30
フリガナ		性別	
氏名		□男　□女	
住所	〒		
電話番号	（　　）	携帯番号	（　　）
Fax 番号			
E-Mai	@ ＊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	□自宅　□勤務先
介護系取得資格	□介護福祉士　□介護職員初任者研修　□ホームヘルパー（1・2 級） □看護師・准看護師　□ケアマネージャー　□社会福祉士　□社会福祉主事 □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。

FUKUOKA CITY WELFARE SERVICE

●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　カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144　Fax092-883-1142