送信先：山形県介護福祉士会事務局

ＦＡＸ　　０２３－６１５－６５２１

令和５年度　介護福祉士基本研修

受　講　申　込　書

フ リ ガ ナ	
氏　名	
生年月日	西暦　　年　　月　　日
性　別	男　・　女
会員番号	会員（　　－　　）　・　非会員
自宅住所	〒　　－ ＴＥＬ　　（　　）　　ＦＡＸ　　（　　）
携帯番号	―　　―
職場名・職種	職種：
職場所在地	〒　　－ ＴＥＬ　　（　　）　　ＦＡＸ　　（　　）
受講決定通知 送付先	① 自　宅　　② 職　場

※受講申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。