

参加申込書

FAX番号

0 2 3 - 6 1 5 - 6 5 2 1

山形県介護福祉士会 行

介護福祉士実習指導者
フォローアップ研修に参加します

施設名：

参加者名：

生年月日：

電話番号：

(当日連絡先)

E-Mail：

※後日、受講決定書をお送りします。