

# 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。