

一般社団法人奈良県介護福祉士会

令和6年現場目線のBCPと高齢者介護研修申込書

フリガナ				会員 (NO もご記入下さい) ・非会員
氏名				・会員 ( ) ・非会員
生年月日 (西暦)	年	月	日	性別
E-Mail(個人)				携帯/自宅 (連絡の取れる番号)

↑ アドレス、電話番号は、まちがえずに書いてください

自宅住所	〒 _____			
職場名称				
職場住所	〒 _____			
職場電話番号	( )			
種別	1. 入所系事業所 2. 通所系事業所 3. 訪問系事業所 7. その他 ( )			
資格	(福祉関係でお持ちの資格をご記入ください)			
介護の通算 経験年数	(介護の仕事をしている人、したことがある人は書いてください) 経験年数 ( ) 年 ( ) か月			
受講決定通知 書の送付先	① 自宅                      ② 職場			

(11/10 締切)

※すべて書いてください。

※ 個人情報は、本研修会及び補助事業に関連したご案内・ご連絡、及び当会からの情報提供のために利用します。  
当会では本研修申込から取得する個人情報を第三者に提供することはありません。

<p><b>【問い合わせ】</b>                  一般社団法人奈良県介護福祉士会事務局                  TEL : 070-2287-2940    FAX : 0744-47-2415                  MAIL:nara-kaigo@wind.ocn.ne.jp</p>
--