



受講申込書



■この研修に受講希望いたします。

※ 氏名、所在地等にゴム印を使用されますと、FAX印刷時に文字が潰れて判読できない場合が多く、申込の受付ができない可能性がありますので、すべての項目を自署でご記入ください。

※ 職種でのグループ分け、定員に達した際など、ご意向等を伺うためにお問い合わせをさせて頂く場合があります。記入漏れのないようにお願いいたします。

※ 申込管理を適切に行うため、お一人様につき1枚でお申し込みください。

ふりがな： _____

申込者氏名： _____

所属事業所名： _____

事業所所在地： 〒 _____

事業所連絡先： TEL _____

FAX _____

介護支援専門員登録番号（ _____ ）

京都府介護支援専門員会

会員 ・ 非会員

※当てはまるほうに丸をつけてください。

FAX
075-254-3971
2/13 〆切