介護福祉士基本研修参加申込書０４５-３２２-６６７８（9月10日締切）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 会員Ｎｏ（１４－　　　　　　　）一　般 |
| 自宅連絡先 | （〒　　　　―　　　　　）ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　　　　　携　帯　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 勤務先 | ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　　　　　 |

**（当会の会員ではない方は、介護福祉士登録証の写しを申込書と一緒に送ってください）**

申込方法　：　参加費を下記口座に事前にお振込の上、ＦＡＸ０４５-３２２-６６７８

または郵送にて事務局までお申込みください。

＜振込先＞　ゆうちょ銀行　（口座番号）００２７０-５-１３９９２４

（名義）公益社団法人神奈川県介護福祉士会

・他金融機関からの振込用口座番号

ゆうちょ銀行　〇二九（支店名）０２９（店番号）当座０１３９９２４

＊振込人氏名後に、1文字あけてキホンとつけてください。＜例＞ｶﾅｶﾞﾜ ｶｲｺﾞキホン

＜会場地図＞ウィリング横浜

****

横浜市港南区上大岡西1-6-1

ゆめおおおかオフィスタワー内

電話：045-845-7722（代表）

＜注意＞・振り込まれた受講料は、当会がお断りする以外は返金いたしません。

・応募者が一定数に満たない場合は、開催を中止する場合があります。

・受講案内通知はいたしませんので、事務局よりお知らせのない限り当日会場へお越しください。

＜問合せ先＞：公益社団法人神奈川県介護福祉士会

〒221-0825　横浜市神奈川区反町3-17-2　神奈川県社会福祉センター内5階

TEL　０４５-３１９-６６８７　　FAX　０４５-３２２-６６７８

Email　info@kanagawa-accw.org