

平成 20 年度 スキルアップ（認知症）研修会参加申込書

該当するいずれかに	A. 本会会員 10,000円 会員番号 14 - -	B. 非会員 20,000円 介護福祉士 その他（ ）
ふりがな 氏 名		
自宅 連絡先	(〒) TEL _____ 又は 携 帯 _____ FAX _____	
勤務先名		
生涯研修手帳 (300円)	購入	購入しない
備考欄		

* 10月31日迄に、当会事務局へFAXにてお申し込みください。

(お間違えのない様ご確認の上お願い致します)

* 定員超過の為お断りする方のみお知らせ致します。

会場地図



京浜急行ご利用の場合、上大岡下車、最前部で下車、改札口（3階）から連絡通路を経てオフィスタワー（4階）へ出る。
12階の会場へはエレベーターで上がる。地下鉄ご利用の場合は外へ出て、オフィスタワー2階のエレベーターを利用し12階へ上がる。

事務局 神奈川県介護福祉士会 TEL 045-311-8776
〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡4-2
神奈川県社会福祉会館内

FAX 045-317-5930

FAX 番号はお間違えのないようお願いいたします

郵便振替払込請求書兼受領書

貼 付