

日頃の業務を行っている中で、
自分のケアに、ふと迷いや疑問が生じたことはありませんか？

そこで…

鹿児島県介護福祉士会

事例検討会を開催いたします。

- 主 催 一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会
- 日 時 平成 26 年 6 月 21 日（土） 12：30 （受付）
13：00～16：30（事例検討会）
- 会 場 鹿児島県社会福祉センター7階（鹿児島市鴨池新町 1-7）
- 内 容 ・ファーストステップ研修受講生による事例発表
・参加者同士の意見交換会
- 参加費用 会員の方：1,000円 一般の方：3,000円
（当日徴収いたします。なるべく釣銭のいらぬようお願いいたします。）
- 申 込 み <申込み方法>
裏面申込用紙に、必要事項をご記入いただき FAX または郵送にて
鹿児島県介護福祉士会 事務局までお申込み下さい。
- 定 員 50 名
※ 定員になり次第申込み受け付けを終了いたします。
※ 定員を超過された方のみご連絡いたします。
本会より連絡がない場合は、そのまま会場へお越しください。
- 申込締切 平成 26 年 6 月 19 日（木）
※ 6 月 19 日以降のお申込みに関しましては、一度、鹿児島県介護福
祉会 事務局までお問合せ下さい。
- そ の 他 ・当日は、参加者同士の意見交換会を予定しております。日頃のケアへの
疑問や実際にお困りの事例がございましたら、お持ちより下さい。
・会場の駐車台数は限られておりますので、駐車スペースがない際はお近
くの有料駐車場または、公共交通機関をご利用ください。

平成 26 年 6 月 21 日 (土) 開催

事例検討会・意見交換会 申込書

ふりがな	
お 名 前	
ふりがな	
お 名 前	
勤 務 先	
所 在 地	〒 TEL : _____ FAX : _____
介護福祉士会	1. 介護福祉士会 会員 2. 一 般 (介護福祉士資格登録と介護福祉士会 会員は異なります。)
定員超過等の連絡先 (いずれかに○および 記入をしてください。)	ご本人様 1. 電話番号 () 勤 務 先 2. 電話番号 () (1) ご本人様 (2) ご担当者様 お名前 () 様

お申込先：一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会

FAX : 099-299-1888 (送信票不要)

郵送の場合：〒890-8517 鹿児島市鴨池新町 1-7 県社会福祉センター4階

お問い合わせ先：一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会 事務局
TEL : 099-206-3050
E-mail : jaccw46@po5.synapse.ne.jp