|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | | | | **性　　別** | **男　性　・　女　性** |
| **氏　　名** |  | | | |
| **介護福祉士会** | **1.　会　員（会員番号：460　　　　　　　　） 2. 賛助会員　　 　3.　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。** | | | | | |
| **携帯電話** |  | | | | | |
| **自　宅** | **〒** | | | | | |
| **勤　務　先** | **名　　称** |  | | | | |
| **所在地** | **〒** | | | | |
| **電　　話** |  | | | | |
| **経 験 年 数** | **年** | | **職　　種** | **（例：介護福祉士，ケアマネージャー 等）** | | |

お申込・振込み先：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

　　　　　　　一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会 行

TEL：099-206-3050

◆お申込み方法◆

　本申込み用紙に必要事項をご記入のうえ，参加費をお振込みいただき受領書を下記（払込み先が記載している部分）に貼り付けのうえ，FAXまたは郵送にてお申込みください。

　※ 受領証が貼付されていないお申込みに関しましては，原則として受付いたしません。諸事情にて貼付

できずお申込みの場合は，必ず事前にご連絡ください。

【振込先】口座名義：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ゆうちょ銀行 | 支店 |  | 郵便局よりお振込みの場合 |
| 当　座 | 0149192 |  | 01720-1-149192 |

※通信欄に「2019介セ2」とご記入下さい。

※恐れ入りますが、お振込み手数料は各自でご負担くださいますようお願いいたします。