|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 経験年数 |
| お　　名　　前 |  | 年 |
| 介護福祉士資格の有無 | 1. 取得している　　　　　　　2. 取得していない | |
| 携　帯　電　話 |  | |
| 勤　　務　　先 |  | |
| 所　　在　　地 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： | |
| 介護福祉士会 | 1.　介護福祉士会　会員　 2.　賛助会員・団体　　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。） | |
| 定員超過等の連絡先 | 1.　ご本人　　　　2.　勤 務 先　　　　3. 勤務先ご担当者  　　　　　　　（　　　　　　）様 | |

お申込・問合せ先：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

　　　　　　鹿児島県介護福祉士会 事務局　行

◆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】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 入門－2」とご記入下さい。

※恐れ入りますが、振り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。

