|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |
| **電　　話** |  |
| **経 験 年 数** | **年** | **職　　種** | **（例：介護福祉士，ケアマネージャー 等）** |
| **ターミナルケアに関する経験** | 1. 経験したことがある　　　2. 現在たずさわっている3. 経験したことがない |
| ＜事前アンケート＞ターミナルケアやそれに付随することで，困っていることや，学びたいことがございましたら，回答欄にご記入ください。 | ＜アンケート回答欄＞ |

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

◆お申込み方法◆

　本申込み用紙に必要事項をご記入のうえ，受験料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介セ3」とご記入下さい。

※領収書は、郵便払込書に代えさせていただきますので、ご了承下さい。

※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。