|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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）** | | |

【お問合せ・お申込先】

　一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会 事務局

　〒 890-8517　鹿児島市鴨池新町1-7（県社会福祉センター4階）

　　 電　話：099－206－3050

**FAX：099-299-1888（送信票不要）**

◆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。

　【口座名義】一般社団法人 鹿児島県介護福祉士会

（いっぱんしゃだんほうじん かごしまけんかいごふくししかい）

　【各ATMからのお振込み】

　 ゆうちょ銀行 → 179（いちななきゅう）支店 → 当座　0149192

　【払込用紙からのお振込み】

　 郵便局の払込用紙（青い線のもの）にて、「01720－1－149192」と記入し窓口へ。

* 払込用紙を使用の方は、通信欄に「R2 認知症」とご記入ください。
* 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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　G