令和５年度 介護セミナー（接遇・プライバシー保護）　申込書

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）
参加方法	1.　会　場　　2. オンライン（Zoom）		
メール	@ ※ オンラインでの参加を希望の方は、必ずご記載ください。		
決定通知等	1. 本人　　2. 勤務先 → (1) ご本人 → (2) ご担当者様（　　）様 ※ 参加決定通知やオンラインの際の資料の発送先となります。		

【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）
メール：jaccw46@po5.synapse.ne.jp
電　話：099－206－3050

FAX：099-299-1888（送信票不要）

※ 郵送の場合は、【お問い合わせ・お申込先】の住所をご覧ください。
※ 参加決定の方には、随時、参加決定通知を郵送いたします。
同通知に振込用紙を同封いたします。

G