|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **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（自宅）　　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送付先となります。** |

【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・メールの場合は、【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