

平成 26 年度リーダー研修会（講師養成特別講座）
受 講 申 込 書

申込日 月 日

ふりがな		会員番号	
氏名		男 ・ 女	年 月 日生
連絡先住所（ 自宅 ・ 勤務先 ） 〒		TEL	
		FAX	
勤務先名			
職種		役職	
希望連絡先	自 宅 ・ 勤 務 先	メール アドレス	
研修受講券の使用	使用する（ 円分 ） ・ 使用しない		
<p>受講動機（介護に関する何の講師を目指したいかなど）</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
受講推薦	介護福祉士会 会長 印		

※ 記入漏れのないようご記入下さい。

※ お申し込みは各都道府県介護福祉士会までお願いいたします。

（本研修に関する問い合わせ先）

公益社団法人日本介護福祉士会事務局 東京都港区虎ノ門 1-22-13 西勘虎ノ門ビル 3 階

TEL 03-3507-0784 FAX 03-3507-8810 E-mail arauchi@jaccw.or.jp 荒 内

お申し込みは各都道府県介護福祉士会まで

締切：平成 26 年 11 月 25 日（火）