

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 务 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			
受講動機（介護に関する何の講師を目指したいかなど）				
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）