



連絡先 公益社団法人 大阪介護福祉士会

研修申し込み書 <FAX・郵送でお申し込み下さい>

FAX 06-6766-3632

研修希望日	平成30年10月22日(月)・平成31年3月16日(土) ※どちらかに○して下さい
フリガナ 氏名	
会員番号(270)、一般
住所	〒 ー
電話番号	(日中に連絡がつく番号)
FAX	
勤務先名	

※認知症介護実践者研修修了証のコピー・ファーストステップ研修

修了証のコピーを添えて申し込み下さい。

※ご記入いただいた個人情報は、本研修に関する連絡のみに使用し、その他の目的には使用しません。

◆申し込み・問い合わせ先◆

公益社団法人 大阪介護福祉士会事務局(大阪府中央区谷町7-4-15)

電話番号 06-6766-3633 FAX06-6766-3632 E-mail info@kaigo-osaka.jp