

FAX⇒022-399-6570 宮城県介護福祉士会事務局宛

「令和4年度 訪問介護 サービス提供責任者初任者研修」申込書

発信日 令和 年 月 日

連絡先	所属先及び所在地 ※個人の場合は住所のみ	申込担当者氏名 ()	電話番号 ()
			FAX ()

*定員に達した場合など急きょ、日中に連絡をする場合がございますのでTEL, FAX番号は、必ず記入漏れがないように御記入ください。

受講日※受講希望日に○を付けて下さい。

受講日 A. 全4日
B. ①9/22(木) ②9/24(土) ③10/3(月) ④10/19(水)

フリガナ 受講者氏名	役職等	介護福祉士会会員の有無 会員番号(会員の方必須)	訪問介護 経験年数
		有・無 04-	
		有・無 04-	

申込締切 令和4年9月20日(火) 必着

※定員になり次第締切りさせていただきます。

領収書発行について(いずれかに○印をおつけください。)

★研修参加費の領収書は 必要 ・ 不要

領収書の宛名(会社・個人)
