

**令和2年度通年研修
第1回「車椅子の基本技術と醸成講師養成」
受講申込書**

第1回目：9月25日（金） 13:00～16:00 会場：ベッド実習室

いずれかに○をお願いします。			
会員 44-	入会を希望します	非会員	
フリガナ			
氏名			
住所 (自宅)	〒 -		
連絡先	※すぐ連絡がとれる電話番号をご記入下さい。 ※受講できない場合のみ、この電話番号にご連絡致します		
ケータイ mail アドレス			
資格取得後 実務経験年数	年	職 種	
勤務先 施設名			
勤務先 住所			

○ メールにてお申込みの場合、
①会員番号 ②氏名 ③連絡先 ④勤務先 ⑤実務経験年数を
会事務局のメールアドレス oita-kaigofukushishi@almond.ocn.ne.jp へ送信下さい。

※ 新規加入ご希望の方・非会員の方はお手数ですが、FAX または郵送をご利用ください。

上記のとおり受講を申し込みます。

令和2年 月 日

申し込み締切 令和2年9月11日(火) 必着

【お問い合わせ先】〒870-0921 大分市萩原 4-8-58 大分県整骨会館3階
一般社団法人大分県介護福祉士会事務局 TEL097-551-6555
Mail : oita-kaigofukushishi@almond.ocn.ne.jp

研修当日受付電話番号 070-5276-6551

送信先 FAX097-547-9936