

※送付状不要

送信先 F A X 0 2 4 - 5 7 2 - 3 6 6 4

到着確認捺印

外国人介護人材フォローアップ研修会
受講申込書

※複数で参加する場合はコピーしてご使用ください。

研修受講を希望する会場名に○を付けてください

(いわき会場 ・ 郡山会場 ・ 会津会場)

職名	氏名(フリガナ)	性別	年齢
出身国			
在日期間	年 月	介護経験	年 月

施設名			
所在地	〒		
申込み担当者			
電話番号		F A X	

※ F A X 番号は到着確認送信先をお書きください。

1. 申込期間 令和2年7月22日(水)まで

2. 受 理 申込を受理した場合は、本用紙上部の「到着確認印」欄に受付印を捺印し記載された F A X 番号に返信いたします。
返信 F A X が、土日祝日を除く平日で2日たっても届かない場合は、お手数ですが下記連絡先までご連絡ください。

《個人情報について》

この申込書に記載された個人情報は、福島県老人福祉施設協議会で実施する研修受講者名簿の作成、研修資料の作成など、研修事業に関する目的にのみ利用し、他の目的で使用することはありません。

申込み・連絡先

一般社団法人 福島県老人福祉施設協議会
〒960-8141 福島市渡利字七社宮111
TEL: 024-572-3654

