

令和7年度 介護福祉士基本研修 申込書

ふりがな				介護福祉士資格取得年
申込者氏名				平成・令和 : 年取得 (いずれかに○) 登録番号 : 第
会員 (会員番号 :)				一般 (非会員)
自宅住所	〒			
電 話			携帯電話	
受講票送付先	①自宅 ②勤務先 ③その他 (送付先に○をつけてください)			
	③その他の送付先の住所 〒			
勤務先名				
住 所	〒			
電話番号				
担当者名	(施設等事業所で申込の場合)			

きりとりせん

送付用ラベルとして
使用してください。 →
問い合わせ先
一般社団法人 秋田県介護福祉士会
事務局
携帯電話 : 090-2027-0294
mail : akitakaigo294@yahoo.co.jp

〒010-1414
秋田市御所野元町二丁目12-5
一般社団法人秋田県介護福祉士会
事務局 行