**表裏間違えないよう、確認してお送りください。**

|  |
| --- |
| **FAX 03-5227-8631** |

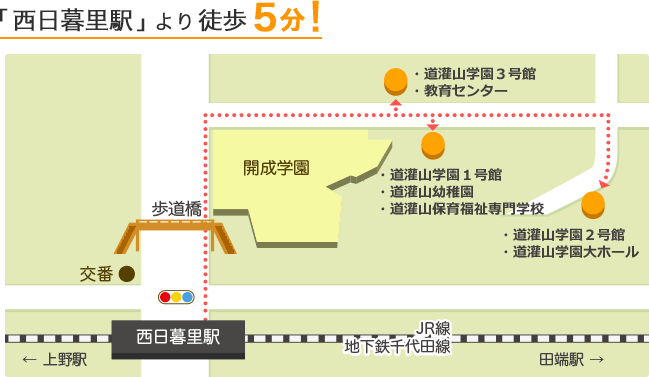
**『令和４年度 介護福祉士基本研修』申込書**

※非会員の方は申込書送信時に　介護福祉士登録証のコピーを同時に送信してください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏　　名 |  | |
| 会員(公益社団法人 東京都介護福祉士会会員№　　　　　　　　　　他県可)　・　非会員 | | |
| 住　　所 | 〒　　　　－  ☎　　　　　　　－　　　　　　　　　　－ | |
| 携帯番号 | －　　　　　　　　　　－ | |
| 受講票送付先 | ※ＦＡＸ又はＰＣメールアドレスの無い方は、郵送でお送りいたします | |
| ＦＡＸ又は  ＰＣメールアドレス |  |
| 職場からの参加の場合記入してください | 職場名 |  |
| 連絡先電話 |  |
| 職場ＦＡＸ番号 |  |
| 担当者名 |  |

**※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。**

**【会場地図】道灌山学園保育福祉専門学校**　　**東京都荒川区西日暮里4-7-15**



**「西日暮里駅」の乗り入れ路線　JR山手線・JR京浜東北線・東京メトロ千代田線・日暮里舎人ライナー**