

令和6年度 排泄初級セミナー申込書

受付 No.(センター記載欄)

申込日	令和6年 月 日		
ふりがな			性別
氏名			男・女
生年月日	西暦	年 月 日	歳
自宅住所	〒		
	TEL	()	FAX ()
法人名 所属名 (勤務先)	法人 会		
所属住所	〒		
	TEL:	()	FAX: ()
職名		現在の職種での 経験年数	年 ヶ月
職種			
資格			
連絡先 (書類送付先)	自宅 ・ 所属先 (送付先に○をつけてください)		
メールアドレス			
<p>※下記のアドレスまたはQRコードの申込みフォームからもお申込みいただけます。 申込みフォームURL : https://forms.gle/DBy1J2Gn92gLKPuW6</p>			
受付・問合せ先	〒870-0161 大分県大分市明野東3丁目4番1号 大分県社会福祉介護研修センター 介護実習・普及部 担当 稲垣 TEL : 097-552-6888 FAX : 097-552-6868 E-mail : k-inagaki@okk.or.jp		



*昼食弁当(500円・お茶なし)は、当日の受付時に、会場でお申込みできます。(自己負担)