

令和8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	2026年 月 日		
ふりがな			
氏名			
生年月日	西暦	年 月 日	歳
自宅住所	〒		
	TEL ()		
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 月
職種			
資格			
連絡先	自宅 ・ 所属先 (テキスト送付先に○をつけてください)		
メールアドレス			
※下記のアドレスまたは二次元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/X8AERXvQTH7rsCZK6			
受付・問合せ	〒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・中村 TEL : 097-558-7999 FAX : 097-558-7883 E-mail : r-nakamura@okk.or.jp		

*昼食弁当(700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)