

FAX番号:042-666-7201

「介護福祉を伝える」研修会（旧講師養成フォローアップ研修会）

受講申込書

申込日 月 日

ふりがな		会員番号	
氏名		男・女	年 月 日生
受講要件	・ リーダー研修会（前期）（後期） ・ 認知症専門研修 ・ 認定介護福祉士研修 ・ ファーストステップ研修 ・ その他（ ） 年 修了 ・ 受講中 修了された研修に○をつけ、修了している場合は修了年度も記入して下さい。		
支部または行政 主催研修の教授歴	主催団体名（ ） 教授科目名（ ）		
受講方法（希望） ○で囲んで下さい	・ 講師役 ※授業案必須 ・ 受講生役 ※授業案任意		

連絡先	自宅 ・ 勤務先	TEL
住所 〒		FAX
携帯電話 (必須)		Eメール (必須)
勤務先名称		
職種	役職	

食事と懇親会と温泉も付いてこのお値段。断然宿泊がお得です！！

宿泊 ○で囲んで 下さい	希望する（ <input type="checkbox"/> 22日 1泊 <input type="checkbox"/> 22日・23日 2泊 ） 希望しない → ※1
	宿泊者(1泊) シングル1泊 滞在中温泉施設利用 22日懇親会 23日朝食、昼食代が含まれます。 宿泊者(2泊) シングル2泊 滞在中温泉施設利用 22日懇親会 23日朝食、昼食代 24日朝食代が含まれます。
※1 宿泊されない方にお伺いします。	22日 研修後の懇親会に <input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加しない 23日 昼食を頼めます <input type="checkbox"/> 頼む <input type="checkbox"/> 頼まない

◇初日の昼食については各自ご用意ください◇

料金(税込)	シングル1泊 5150円 朝食 700円 昼食 1300円 懇親会参加費 5000円
--------	--

※受講決定通知に、宿泊形態に応じた振込み額をお伝え致します。なお、申込後のキャンセルはお受けできません。予めご了承ください。

お問い合わせ先電話番号 090-2246-3388 「介護福祉を伝える」研修会実行委員（担当：二瓶）
お申込み締め切り：平成30年11月16日(金)