介護技術リーダー研修参加申込書

FAX 　０４５－３２２－６６７８

**E-ｍａｉｌ****info@kanagawa-accw.org**

|  |
| --- |
| 事業所名（職種） |
| ふりがな |  | 会員Ｎｏ（１４０―　　　　　　　　　　　　　）一般 |
| 氏名 |  |
| 連絡先住所　　〒　　　―　　 |
| 連絡先 | FAX |
| E-mail |

＜振込先＞　ゆうちょ銀行　（口座番号） ００２７０-５-１３９９２４ （名義）公益社団法人神奈川県介護福祉士会

・他金融機関からの振込用口座番号　ゆうちょ銀行　○二九店（支店名） ０２９（店番号） 当座 ０１３９９２４

＊振込人氏名後に、1文字あけてリーダー研修とつけてください。＜例＞ｶﾅｶﾞﾜ　ｶｲｺﾞ　リーダー研修

推薦人　事業所名：

　　　　　　　 　役職：

　　　　　 氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　「介護技術リーダー研修会」の受講を推薦します。

**＜会場地図＞**

横浜市港南区上大岡西1-6-1　ゆめおおおかオフィスタワー内

 京急・市営地下鉄　「上大岡駅」　下車徒歩3分

**《問い合わせ先》**

**公益社団法人　神奈川県介護福祉士会　事務局**

**〒221-0825横浜市神奈川区反町3丁目17-2　神奈川県社会福祉センター内5階**

**TEL　045－319－6687　　FAX　045－322－6678**

**E-ｍａｉｌ****info@kanagawa-accw.org**