**＊2024年度　リーダー研修「介護職員のための文章力向上研修」参加申込書③＊**

2024年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | | 会員　・　一般　（どちらかに〇） |
| **氏　　名** |  | | |
| **会員番号**（会員の方はご記入ください） |
| **連絡先・**  **電話番号** | 1. 自宅・携帯・勤務先 | | | 1. 自宅・携帯・勤務先 |
| **書類送付先**  **・住所** | （どちらかに〇）自宅  勤務先 | | 〒　　　　－ | |
| **勤 務 先**  **名　称** |  | | | |
| **参加費**  **支払方法**  いずれかに〇をしていただき、必要事項をご記入ください。 |  | 【 会 員 ・ 賛助会員 】　全　額　（　5,000円　）　振込 | | |
|  | 【 会 員 】　研修受講券（　　　　　）枚　利用し、残額を振込  　　利用する受講券の種類（どちらかに〇をつけてください。）  【日本介護福祉士会発行の受講券 ・ 岡山県介護福祉士会の新入会特典】 | | |
|  | 【 一 般 】　全　額　（　10,000円　）　振込 | | |

**申込締切：2024年6月24日（月）**

**H**