

群馬県介護福祉会

平成20年度介護福祉士初任者研修申込書

氏名		受付No.
会員No.	会員No. ()・非会員	受付日
自宅住所	〒	
勤務先		
勤務先 電話番号		

-----切り離さないで下さい-----

平成20年度介護福祉士初任者研修受講票

太枠内を記入してください

氏名		受付日
		受付No.
日時	平成20年6月14日(土)(受付8:20~) 平成20年7月12日(土)(受付8:30~) 平成20年7月13日(日)(受付8:30~)	
会場	1日目 J A群馬厚生連介護センター 2日目・3日目 群馬県社会福祉総合センター 6階 601研修室	