

## 『口腔ケア研修』参加申込書

市町名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

申込日：平成 年 月 日

(ふりがな) 氏 名	職 種 (☑してください)	介護福祉士会会員の方は 会員番号を記入して下さい
	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他	35- ( )
	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他	35- ( )
	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他	35- ( )

※ 申込締切日：平成30年7月23日（月）（参加が叶わない場合のみ、連絡いたします。）

※ 申込書に必要事項を記入の上、本会事務局あて郵送またはFAXでお申込みください。

※ 参加申込書に記載された個人情報は、本研修の運営管理のみに使用させていただきます。

申込み・問い合わせ先：山口県介護福祉士会  
 〒754-0893 山口市秋穂二島 1062  
 山口県セミナーパーク 福祉研修センター内  
 TEL 083-987-0122 FAX 083-987-0124  
 E-mail info@yamaguchi-kaigo.jp  
 HP http://www.yamaguchi-kaigo.jp/

### 携帯サイト

山口県介護福祉士会の  
各種情報が携帯から  
ご覧いただけます



<http://www.yamaguchi-kaigo.jp/>