福島県社会福祉協議会　人材研修課　　行き　　FAX 024－521－5663 （送信状不要）

平成２９年度 介護福祉士国家試験対策講座　受講申込書

No.	ふりがな 氏　名	県社協介護職員実務者研修受講者の有無	施設・事業所名／職名	連　絡　先 （※請求書・資料等の送付先）	希望するコース番号
1	生年月日：　　年　　月　　日	有 ・ 無 ○を付けてください	＜施設・事業所名＞ ＜職名＞	［ 勤務先・自宅・その他 ］ 〒 TEL：　　FAX：	
2	生年月日：　　年　　月　　日	有 ・ 無 ○を付けてください	＜施設・事業所名＞ ＜職名＞	［ 勤務先・自宅・その他 ］ 〒 TEL：　　FAX：	
3	生年月日：　　年　　月　　日	有 ・ 無 ○を付けてください	＜施設・事業所名＞ ＜職名＞	［ 勤務先・自宅・その他 ］ 〒 TEL：　　FAX：	

※希望するコースの番号（①～④）を必ず記入ください。

注１）記入欄が足りない場合は、コピーしてご使用ください。

注２）連絡先は正確にご記入ください。

注３）参加費の請求書は参加者個別に発行いたします。

①全ての講義及び模擬試験を受講【受講料：18.000円】
②講義（全3回）のみ受講　　【受講料：10.000円】
③模擬試験（全2回）のみ受講　　【受講料：13.000円】
④第２回模擬試験のみ受講　　【受講料：　9.000円】