**2024年度　倫理研修　参加申込書⑤**

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 (○印)  ・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(○印)・住所 | 自　宅 ・ 勤務先 | | 〒　　　　－ | |
| 勤務先名称 |  | | | |
| 参加費  支払方法  (○印) |  | 【 会 員 】　全　額　（　1,000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（**どちらかに〇をしてください。**）  【　日本介護福祉士会の発行　・　岡山県介護福祉士会新入会特典　】 | | |
|  | 【 一 般 】　全　額　（　4,000円　）　振込 | | |

**申込締切：2024年9月12日（木）**

**H**