**2024年度　介護福祉士災害支援ボランティア研修　参加申込書⑥**

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**  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 】　全　額　（　2,000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30日（月）**

**H**