**2024年度 一般社団法人岡山県介護福祉士会**

**認定介護福祉士の会 Lien 企画研修会**

**コミュ力UP×福祉用具×認定Lien座談会　開催要綱⑩**

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****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****・住所** | （どちらかに〇）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　（　3,000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（どちらかに〇をつけてください。）【日本介護福祉士会発行の受講券 ・ 岡山県介護福祉士会の新入会特典】 |
|  | 　【 一 般 】　全　額　（　6,000円　）　振込 |

**申込締切：2024年12月24日（火）**

**※締切日前でも定員に達した場合は受付を終了することがあります。**

**H**