

**令和3年度日本介護福祉士養成施設協会
【近畿ブロック会教員研修会参加申込書】**

学校名	学校名： _____ TEL： _____ FAX： _____ ※参加者がいない場合は、右の□に「なし」とご記入ください。
-----	--

☆参加者名簿

教員氏名	分科会	メールアドレス
【代表】	1 ・ 2 ・ 3	
	1 ・ 2 ・ 3	/
	1 ・ 2 ・ 3	/
	1 ・ 2 ・ 3	/
	1 ・ 2 ・ 3	/

※希望分科会の数字に○を付けてください。

参加、不参加を問わず必ずご回答ください。
 FAX 返信先：0776-52-5531
 返信締切日：令和4年1月31日（月）まで

☆参加費の支払い

参加費5,000円は、令和4年2月7日（月）までに下記の口座にお振り込みください。

銀行名：三井住友銀行 和歌山支店
 口 座：普通預金 7294753
 名義人：日本介護福祉士養成施設協会近畿ブロック会 会長 井之上芳雄

※お振り込みの際には「学校名」がわかるようにしてください。

※振込手数料は、ご負担くださいますようお願いいたします。

<申し込み・問合せ先（担当校）>

福井県医療福祉専門学校 担当者:水野正伸 mizuno-m@fmw.ac.jp

TEL 0776 - 52 - 5530 FAX 0776-52-5531