**『自立支援のための介護実践研修』**　**【　 受 講 申 込　 】**

**※ご希望・該当する箇所について○印をご記入ください。　　※駐車場は希望者のみ駐車可能です。**

|  |  |
| --- | --- |
| **開催日** | **駐車場希望** |
| **【　１日目　】　７月３０日（火）** |  |
| **【　２日目　】　８月１９日（月）** |
| **※本研修は２日間セットの研修です** |

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　　名 |  |
| 連絡先受講票送付先 | TEL（　　携帯　　・　　自宅　　・　　職場　　） |
| 送付先住所（　　自宅　　・　　職場　　）〒（　　　　　　　－　　　　　　　　）※職場送付の場合事業所名もご記入下さい。 |
| 勤　務　先　名 |  |

※　個人情報保護法により、この申込書に記載された内容は、標記研修会以外には使用しません。

【申込み・問合せ先】　一般社団法人宮崎県介護福祉士会

〒880-0007　宮崎市原町２－２２　宮崎県福祉総合センター 人材研修館内

　TEL ０９８５（２２）３７１０

**申込締切日　令和６年7月２２日（月）必着**　　　　**ＦＡＸ（０９８５）２２－３７１１**

 **＊市外局番をご確認下さい！**