

# 受講申込書

介護労働安定センター：FAX / 029-227-1216

## 第5回 11月7日(木) 『食べ続ける口』を作る！ / 鹿嶋会場 申込締切日 10月30日(金)

～介護職員における 日々の口腔ケア～

本講習は一般受講料と賛助会員割引受講料を設定しております。お手数ですが、下記に○、およびご記入をお願い致します。今回、賛助会に入会された場合は、本講習から割引対象とさせていただきます。なお、賛助会制度についての詳細は茨城支部にお尋ね下さい。

<b>既会員</b> <b>3,600 円</b> (税込)	会員番号: _____ 会員法人名: _____
<b>非会員 (一般)</b> <b>4,000 円</b> (税込)	<input type="checkbox"/> 新規に入会を希望する <input type="checkbox"/> 今回は、入会しない

### 申込方法

- ① 受講申込書に記入の上、**FAX** ( 029-227-1216 ) でお申込み下さい。
  - ② 受付番号をお伝えします。**TEL** ( 029-227-1215 ) して下さい。
  - ③ 受付番号を「振込人記入欄」の頭に記載の上、1週間以内にお振込下さい。
- ※ (記載例) 受付番号25の場合 「25 ●●事業所」または「25 受講者氏名」

**常陽銀行 / 本店営業部 / (普通)2506623**  
**財)介護労働安定センター 茨城支部**

- ◎ 受講者の個人情報(氏名・住所・電話番号等)は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡講座受講の際の本人確認、新規講座等のご案内の送付の範囲で利用させていただきます。
- ◎ ご提供頂いた個人情報は、個人情報保護法に基づき 厳重に管理し、目的外では使用しません。

ご連絡先 どちらかに ○を 	ふりがな <b>氏 名</b> (男/女)	生年月日 (才) 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	<b>1</b> 勤務先	勤務先 所在地 〒 _____
<b>2</b> 自宅	住所 〒 _____ E-MAIL _____	Tel: FAX: 携帯:

★【参考】介護・福祉・医療分野で取得している資格はお持ちですか？★

- |                 |            |          |          |
|-----------------|------------|----------|----------|
| 1. 訪問介護士(1級・2級) | 2. 介護支援専門員 | 3. 介護福祉士 | 4. 社会福祉士 |
| 5. 介護職員基礎研修     | 6. 実務者研修   | 7. 初任者研修 | 8. 看護師   |
| 9. ガイドヘルパー( )   | 10. その他( ) |          |          |

経験年数 / \_\_\_\_\_ 年