

令和8年度実務者研修教員講習会 申込用紙

ふりがな			生年月日	
氏 名				
介護福祉士取得後の実務経験年数	年	介護職としての通算経験年数	年	
住 所	〒			
	TEL			
携帯番号				
メールアドレス				
勤務先	TEL			

※ご記入いただいた個人情報は本研修に関する連絡のみに使用し、その他の目的には使用しません。

送信先：大村市社会福祉協議会

FAX：0957-54-1365 E-mail:tiiki@omura.shakyo.net

〒856-0832 大村市本町 458-2 中心市街地複合ビル（プラットおおむら）3 階

こちらからも申込みできます

