

京都市北ブロック主催 平成24年度第1回ブロック研修会 参加申込書

ふりがな	
申込者氏名	
所 属	
所 在 地	〒
電話番号	- -
FAX 番号	- -
介護支援専門員としての 経験年数	年 ヶ月（グループ編成時の参考のため）
	会員 ・ 非会員
本研修会の開催内容に関する質問、またはブロック活動に関するご意見・要望事項をお聞かせ下さい	

ご提出いただきましたブロック研修会参加申込書に記載された個人情報については、厳密に管理を行い、ブロック研修会の適正かつ円滑な実施の目的のみに利用させていただきます。

FAX : 4 1 5 - 8 8 5 2

(福) 京都福祉サービス協会 小川事務所

(ブロック研修会担当係) 9 / 1 (土)迄