

令和5年度 熊本県介護支援専門員実務研修受講試験

受験申込案内送付依頼書

標題の件に関し、「受験申込案内」を 1 部 送付を依頼します。

氏 名: _____

〒 _____

住 所: _____

連絡先: (携帯電話番号) _____

【お問合せ先(試験実施団体)】

一般財団法人 保健福祉振興財団 熊本支部 介護支援専門員実務研修受講試験 係
〒862-0926 熊本県熊本市中央区保田窪 1-10-38 TEL 096-213-1600 FAX 096-213-1601

本依頼書で知り得た個人情報、本試験関連業務以外には使用しません。