

FAX
0859-24-3113

ホームページから申込みできます (http://www.ajcc.info)

第9回オールジャパンケアコンテスト実行委員会事務局 宛

事務局使用欄

受付 No.

■第9回オールジャパンケアコンテスト選手参加申込書

選手参加申込締切日 平成30年8月31日(金)

ふりがな		性別	年齢
選手氏名		男・女	歳
勤務先	ふりがな		
	法人名		
	ふりがな		
	事業所名		
	担当者名*	*連絡・問合せ先が、選手と異なる場合は必ずご記ください	
	住所	〒	
	電話番号		
	FAX		
職種	介護職・看護職・その他()		
通算実務経験年数	年 月 (平成30年10月1日現在)	現職場だけでなく介護/看護等業務経験年数の合計を記入	
参加部門	いずれかに○をつけてください A部門 ・ B部門		
参加分野	①認知症() ②食事() ③入浴() ④排泄() ⑤看取り() ⑥口腔ケア() ※()内に第1希望、第2希望、第3希望をご記入ください (必ず第3希望までご記入ください)		
選手参加費	10,000円 ※参加決定後、請求書を上記住所に送付させていただきます。		

○重要書類等を送付させていただきます。住所・電話番号・FAX番号は正確にご記入ください。
○実行委員会・事務局より送付した書類は速やかに選手の方に届くようご配慮ください。

■第9回オールジャパンケアコンテスト前夜祭参加申込書(締切日:9月20日)

※選手以外の方の申込書です。

ふりがな 氏名	①	事務局使用欄
	②	
	③	
法人名		
事業所名		
住所	〒	
	電話番号:	FAX番号:
担当者名		
前夜祭参加費	5,000円 ※受付後、請求書を上記住所に送付させていただきます。	