



※鏡文不要

FAX : 098 (887) 1071

平成 27 年度社会福祉施設等人材育成研修
学生・若手人材の確保および育成セミナー

受講申込書

1. 施設・事業所

平成28年 2月 日

施設・事業所名 (あてはまる種別を○ で囲んでください)	種別：①高齢 ②障害 ③児童 ④その他()		
住 所	〒		
連 絡 先	TEL :	FAX :	記入者 :

2. 受講者名

ふりがな 氏 名	職 名	現職経験年数
		年 月
		年 月
		年 月
振 込 額	本会会員 2,000 円× 名=	円
	非会員 4,000 円× 名=	円
振込人名義		振込予定日 H28年 月 日

※送信後は、着信確認のご連絡をお願いします。 連絡先：098-882-5703【担当：片桐】

3. 備考欄

●講師や研修で質問したいことなど御意見ありましたら、御記入ください。

※ご提供いただきました個人情報につきましては、名簿の作成、資料の送付等、研修事業運営のためにのみ使用し、他の目的での使用や、第三者へ提供することはありません。