

FAX 096 - 355 - 5440

熊本県社会福祉協議会 施設団体支援課：嫩 行き

※送信票は不要です。

提出期限：令和4年11月18日(金)16:00

## 令和4年度 熊本県ホームヘルパー協議会後期研修会 参加申込書

事業所名

住所 〒

担当者名

電話：

ファックス：

### 【参加希望者】

	氏名	職名	会員・非会員 (○を付してください)	備考
1			会員 ・ 非会員	
2			会員 ・ 非会員	
3			会員 ・ 非会員	

\* 記入欄が不足する場合は、コピーしてお使いください。

\* 参加申込書に記載された個人情報は、本研修会の運営管理の目的のみ利用いたします。

メールアドレス (資料送付先)	
参加費振込予定日 (○を付してください)	11/14(月) ・ 11/15(火) ・ 11/16(水) ・ 11/17(木) ・ 11/18(金) 11/21(月) ・ 11/22(火)
参加費振込口座名義 (カタカナ)	