

平成30年度 新任職員マナー研修 受講申込書

平成30年 月 日

法人名			
所在地 (受講決定通知送付先)	〒		
TEL	FAX		
連絡担当者	島根県社会福祉協議会会員の 場合は○印をつけてください。⇒		

氏 名	所 属
フリガナ	事業所名
会場 (参加する箇所を○で囲む)	職 種
出雲 (4/19) 松江 (4/25) 浜田 (4/27)	高齢・保育・障がい・事務職・その他 ()
氏 名	所 属
フリガナ	事業所名
会場 (参加する箇所を○で囲む)	職 種
出雲 (4/19) 松江 (4/25) 浜田 (4/27)	高齢・保育・障がい・事務職・その他 ()
氏 名	所 属
フリガナ	事業所名
会場 (参加する箇所を○で囲む)	職 種
出雲 (4/19) 松江 (4/25) 浜田 (4/27)	高齢・保育・障がい・事務職・その他 ()

■この申込書に記入された個人情報は、本研修会以外の目的に使用しません。