

平成30年度人権研修 受講申込書

【法人情報】

申込日：平成 年 月 日

法人名		○印で選択してください。 島根県社会福祉協議会の（ 会員 ・ 非会員 ）	
法人所在地	〒	連絡先TEL	
		FAX	
		連絡担当者	

【受講者】

No.	フリガナ	事業所名 (役職名)	事業所所在地 ※決定通知書送付先	参加会場	
	氏名			※参加する会場○で囲む	
1		()	〒	高齢 障がい	松江 (2/27) 出雲 (2/26) 浜田 (3/1)
				児童	松江 (2/28) 浜田 (2/14)
2		()	〒	高齢 障がい	松江 (2/27) 出雲 (2/26) 浜田 (3/1)
				児童	松江 (2/28) 浜田 (2/14)
3		()	〒	高齢 障がい	松江 (2/27) 出雲 (2/26) 浜田 (3/1)
				児童	松江 (2/28) 浜田 (2/14)
4		()	〒	高齢 障がい	松江 (2/27) 出雲 (2/26) 浜田 (3/1)
				児童	松江 (2/28) 浜田 (2/14)