**ＦＡＸ ０９６‐３５５‐５４４０**熊本県社会福祉協議会 施設団体支援課：嫰　行き

|  |
| --- |
| **※送信票は不要です。　　　　　　　提出期限：令和4年6月17日(金)16:00** |

**令和4年度　熊本県ホームヘルパー前期研修会**

**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。

|  |  |
| --- | --- |
| 参加費振込予定日  （○を付してください） | 6/13(月) ・ 6/14(火) ・ 6/15(水) ・ 6/16(木) ・ 6/17(金) |
| 参加費振込口座名義  （カタカナ） |  |