

令和2年度 研修会

「本当に役に立つメンタルヘルス研修」

参加申込書

氏名又は 代表者名	(ふりがな)	
住 所	〒 -	
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先	勤務先名：
		TEL：
		FAX：
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他
TEL：		
FAX：		
参加希望日	参加希望日に○をご記入ください。 () 5月16日(土) () 6月27日(土) () 5月16日(土)・6月27日(土)	
領収書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要でない 領収書の宛名： _____	
今後の 研修の ご案内	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 送付先： <input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> その他 〒 _____	

※本申込書にご記入いただきました個人情報については、研修の受付管理事務・当事業所からの案内等に利用し、その他の目的で利用することはありません。

送信先 FAX：052-681-0312

ひびのファミリア研修事業所 行

【お問い合わせ先】

社会福祉法人 杏園福祉会 ひびのファミリア研修事業所

(担当：北原・嶋田・松岡)

〒456-0074 名古屋市熱田区比々野町27番地

TEL：052-681-0311 FAX：052-681-0312

Mail：s_training@kyoenkai.or.jp