



コース名						
セミナー期日		【第1回目】平成30年11月2日(金) ① 【第2回目】平成30年11月19日(月) ② 【第3回目】平成30年11月28日(水) ③	セミナー時間	9:00~18:00		
参加者	参加希望日	氏名	フリガナ	性別	生年月日	勤務年数
	<input type="checkbox"/> ・・・① <input type="checkbox"/> ・・・② <input type="checkbox"/> ・・・③			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> ・・・① <input type="checkbox"/> ・・・② <input type="checkbox"/> ・・・③			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> ・・・① <input type="checkbox"/> ・・・② <input type="checkbox"/> ・・・③			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> ・・・① <input type="checkbox"/> ・・・② <input type="checkbox"/> ・・・③			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> ・・・① <input type="checkbox"/> ・・・② <input type="checkbox"/> ・・・③			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
事業所名						
事業所住所		〒				
フリガナ						
担当者氏名						
事業所電話番号		()				
事業所 FAX 番号		()		代表者氏名		
事業所 E-Mail		@ *ご連絡は可能な限りメールで優先的に行いますのでできるだけご記入をお願いします。				

*受講者の個人情報(氏名、住所、電話番号等)は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認の範囲で利用いたします。

受講申込用紙にご記入後、Faxにてお申し込みください。

●お問合せ・お申込み



福祉サービス有限責任事業組合

〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-1142 Fax 092-883-1142 E-mail info@kumiai.fukuoka-fukushi.com