

平成30年度 熊本県相談支援従事者初任者研修 申込書（行政用）

平成 年 月 日

担当者名

電話番号

受講決定・不決定通知書
送付先FAX

①希望する 研修コース		全日程コース(5日間)	7月5日、6日、17日、8月27日、28日		
		講義のみコース(2日間)	7月5日、6日		
②	フリガナ			③性別	④生年月日
	氏名			男・女	昭和・平成 年 月 日
⑤現勤務先 情報	所属名				
	所在地	〒			
	職種		職名		
⑥備考					※障がい等により、特別な措置が必要な方はお知らせください

※ 全日程、講義のみコースのいずれかをお選びいただき、「希望する研修コース」に○をつけてください。

※ 郵送またはFAX(096-386-7127)で、6月1日(金)までに、(公財)総合健康推進財団 九州支部まで提出してください。