

平成30年度 熊本県就労継続支援A型事業所運営支援研修  
受講申込書

平成30年 月 日

【事業所情報】

|               |   |
|---------------|---|
| 事業者名<br>(法人名) |   |
| 事業所名          |   |
| 事業所<br>所在地    | (〒      -      )<br>住所:<br>TEL:<br>FAX: |
| 事業所指定番号       | 43 _____                                |

【申込者情報】 ※複数名申し込む場合は左欄に優先順位を記載

|  |               |  |    |  |
|--|---------------|--|----|--|
|  | ふりがな<br>受講者氏名 |  | 職種 |  |
|  | ふりがな<br>受講者氏名 |  | 職種 |  |
|  | ふりがな<br>受講者氏名 |  | 職種 |  |

送付先:公益財団法人 総合健康推進財団 九州支部  
(郵送)〒862-0976 熊本市中央区保田窪 1-10-38  
(FAX)096-386-7127