

平成29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29年 月 日

【事業所情報】

事業者名 (法人名)	
事業所名	
事業所 所在地	(〒 -) 住所: TEL: 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 受講者氏名		職種	
	ふりがな 受講者氏名		職種	
	ふりがな 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