

## 令和元年度福祉用具・住宅改修実践研修 申 込 書

令和元年 月 日

事業所 名称等	(運営主体名： )	研修申込 担当者名	
連絡先 (事業所) 住 所	〒 -		
	TEL	FAX	

◆受講者

1	フリガナ	
	氏 名	
	現在の職種	
	取得資格	
2	フリガナ	
	氏 名	
	現在の職種	
	取得資格	
3	フリガナ	
	氏 名	
	現在の職種	
	取得資格	

※受講は先着順に決定し、受講できない場合のみ御連絡します。FAXの送信エラーにより申込書が受信できない場合は受講できません。FAX送信確認について十分御注意ください。

※受講者欄が不足する際は、本書をコピーしてください。

※事務局確認欄	受付印