

令和元年度福祉用具・住宅改修研修 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		経験年数	
	取得資格			
2	フリガナ			
	氏 名			
	現在の職種		経験年数	
	取得資格			
3	フリガナ			
	氏 名			
	現在の職種		経験年数	
	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