鹿児島県知的障害者福祉協会行き　　FAX　099-250-9358

令和2年度　知的障害児者関係施設新任職員研修会　参加申込書

鹿児島県知的障害者福祉協会　　令和2年　　月　　日

会長　水流　純大　　様

令和2年度　知的障害児（者）関係施設新任職員研修会に申込いたします。

施設・事業所名 連絡先TEL				申込担当者
フリガナ				
参加者氏名				
性　別	男　　女	男　　女	男　　女	男　　女
職　種				
参加費	4，000円	4，000円	4，000円	4，000円
ハンドブック （希望者のみ）	要　・　不要	要　・　不要	要　・　不要	要　・　不要
	1、000円	1、000円	1、000円	1、000円
合計	円	円	円	円
		振込合計額		**円**

※　記入漏れの無いようにお願いいたします。

備　考