

鹿児島県知的障害者福祉協会・事務局行き

FAX 099-250-9358

FAX 送信表不要

「知的障害関係施設中堅職員研修会」 参加申込書

施設・事業所名

記載責任者

標記については下記の通りです。

◆参加します

現職名	氏名	参加費	入金予定日
		¥4,000	
		¥4,000	

* 振込手数料は恐れ入りますが、施設・事業所にてご負担いただきますようよろしくお願いいたします。

* 同一法人でお振込みの場合は、その旨備考欄にご記入をお願いいたします。

・備考

[]

◆参加しません

※申込書は10月19日(月)までに FAX にて事務局まで送信してください。