

鹿児島県知的障害者福祉協会事務局行き
FAX 099-250-9358

施設名・事業所 _____ 連絡先 _____

「グループホーム事業所研修会」参加申込書

標記については下記の通りです。

グループホーム名	職 種	氏 名

※必要事項をご記入ください。

★資料の準備等がございますので、2月8日（月）までにFAXにて事務局まで
お知らせください。