

F A X 送 信 票

鹿児島県知的障害者福祉協会・事務局行き

FAX 099-250-9358

施設・事業所名

記載責任者

令和3年度 施設長等研修会参加申込書

標記については下記の通りです。

◆参加します。

お名前	現 職 名	参加方法	入金 予定日
		<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン	
		<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン	
		<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン	

※必要事項をご記入の上、参加方法については☑をお付けください。

※法人でまとめてお振込みの場合は、備考欄にその旨ご記入ください。

[ ]

◆参加しません。

★令和3年11月26日（金）までに、出席の有無をFAXで事務局までお知らせ下さい。