

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

「人権擁護研修会」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	演習	参加費	入金予定日
		1 入所・生活介護 2 就労・自立訓練 3 グループホーム 4 児童		
		1 入所・生活介護 2 就労・自立訓練 3 グループホーム 4 児童		

* 必要事項をご記入の上、演習は希望する番号に○印を1つお付けください。

* 恐れ入りますが、振込手数料は施設・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。

・備考 同一法人にてお振込みの場合はその旨ご記入ください。

[]

◆参加しません

※申込書は8月1日(月)までに FAX にて事務局まで送信してください。