

福祉事業所運営研修申込書

申込先 FAX 054-251-3516 (オールしずおか 小梁宛)

E-mail k-takashi@all-shizuoka.or.jp

法人名	
事業所名	
所在地	
TEL	
FAX	
E-mail	

参加希望研修番号			
参加者氏名			
参加希望研修番号			
参加者氏名			
参加希望研修番号			
参加者氏名			
参加希望研修番号			
参加者氏名			
参加希望研修番号			