

平成28年度同行援護従業者養成研修受講仮申込書(FAX送信状)

送信日	平成28年 月 日		
送信先	社会福祉法人長野県視覚障害者福祉協会 事務局行き FAX:0263-32-7854		
フリガナ			性別 男・女
氏名			
生年月日	昭和・平成	年 月生	年齢 歳
現住所	〒 -		
電話番号	() -		
FAX番号	() -		
携帯電話			
所属事業所等	名称		
	住所	〒 -	
	電話番号	() -	
	職種		

※こちらの送信用紙到着後1週間以内に送信願います。

※今回知り得た個人情報、申込みのあった研修会以外に使用することのないよう管理を行います。

※用紙が足りない場合は、適宜コピーをしてお使い下さい。