

<<札幌シニア福祉機構 平成30年度 シニア N Learning(短時間現任専門職研修)申込書>>

『短時間研修』

複数の職員様がお申込の際は、下記の表にご記入・ご入力の上、FAXもしくはメールでお送りください。

お申し込み先FAX番号  
011-897-1105

事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

研修担当者 \_\_\_\_\_ 役職 \_\_\_\_\_

※ホームページでこちらの様式がダウンロードできます。

研修名 ※選択して下さい	研修日程	研修番号	受講者氏名	ふりがな	性別

※ ご作成後、メールかFAXでお送り下さい。