

【札幌シニア福祉機構・平成30年度研修申込み表】

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	年齢	従事している資格	経験年数
								年 月
								年 月
								年 月
								年 月
								年 月
								年 月
								年 月
								年 月
								年 月
								年 月
								年 月
								年 月

※ ご作成後、メールかFAXでお送り下さい。