

令和5年度 熊本県相談支援従事者現任研修 申込書

※受講決定通知書送信先 【 FAX:

- この申込書は、行政職員コースです。
- 必要事項をすべて記入して、郵送又はFAXで申し込んで下さい。 FAX: 096-213-1601
- 参加にあたって希望がありましたら、備考欄にお書き下さい。

優先 順位	フリガナ 氏 名	職 名	所 属 所 在 地	連 絡 先	携帯電話 メールアドレス	問合せ 担当者
記入例	クマモト ハナコ	係長	〇〇役所 △△課	TEL 096-123-4567	受講料お支払の際に必要なため必須	財団 太郎
	熊本 花子		〒860-〇〇〇 □□市△△区 〇丁目〇〇番地	FAX 096-765-4321	eラーニング視聴用のID等を送信するため必須	
1番				TEL	携帯電話	
			〒	FAX	メールアドレス	
2番				TEL	携帯電話	
			〒	FAX	メールアドレス	
3番				TEL	携帯電話	
			〒	FAX	メールアドレス	