

## 令和6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で申し込みください。

提出先

一般財団法人 保健福祉振興財団 熊本支部 熊本県相談支援従事者現任研修係

〒862-0926 熊本市中央区保田窪1-10-38

FAX: 096-213-1601

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 熊本 花子	係長	〇〇役所 △△課 〒860-〇〇〇 □□市△△区 〇丁目〇〇番地	TEL 096-123-4567 FAX 096-765-4321	受講料お支払の際に必要な ため必須 eラーニング視聴用のID等を 送信するため必須	財団 太郎
1番			〒	TEL FAX	携帯電話 メールアドレス	
2番			〒	TEL FAX	携帯電話 メールアドレス	
3番			〒	TEL FAX	携帯電話 メールアドレス	