

## 令和7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<br>順位 | フリガナ<br>氏 名       | 職 名 | 所 属<br>所 在 地                           | 連 絡 先                                      | 携帯電話<br>メールアドレス                                    | 問合せ<br>担当者 |
|----------|-------------------|-----|--|--|--|------------|
| 記入例      | クマモト ハナコ<br>熊本 花子 | 係長  | 〇〇役所 △△課<br>〒860-〇〇〇<br>□□市△△区 〇丁目〇〇番地 | TEL<br>096-123-4567<br>FAX<br>096-765-4321 | 受講料お支払の際に必要な<br>ため必須<br>eラーニング視聴用のID等を<br>送信するため必須 | 財団 太郎      |
| 1番       |                   |     | 〒                                      | TEL<br>FAX                                 | 携帯電話<br>メールアドレス                                    |            |
| 2番       |                   |     | 〒                                      | TEL<br>FAX                                 | 携帯電話<br>メールアドレス                                    |            |
| 3番       |                   |     | 〒                                      | TEL<br>FAX                                 | 携帯電話<br>メールアドレス                                    |            |