平成30年度障害者介護職員養成事業

介護職員初任者研修　説明会参加申込書

ふりがな 氏名	生年月日： 年　月　日（　歳）
〒　－ 自宅住所：	
電話番号：　／ FAX番号：	
現在の所属先： 電話番号： FAX番号：	

研修（説明会）を受けようと思った理由を書いて下さい。

確認しておきたいこと、聞いておきたいことがあれば書いて下さい（説明会で回答します）。

― 問い合わせ・申込み先 ―

NPO法人滋賀県社会就労事業振興センター

住所：滋賀県草津市大路二丁目11－15

電話：077－566－8266　FAX：077－566－8277

メール：info@hataraku-shiga.net　担当：深津、伊庭、古川

申込み締切：平成30年8月20日（月）FAX可