平成２９年度ライフサポートワーカー

フォローアップ研修受講申し込み

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所 |  |
| 氏　名  (複数記入可) |  |
| 希望日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 午前　・　午後　・　終日 |

FAX（０９９５）４８－８８８０

　　　　　　　　　　　　　　　連合会　事務局行