平成３０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 |  |
| 会員　　　・　　　非会員  ※地域密着以外でも法人内に会員事業所があれば会員とみなします。 | |
| 氏　名  (複数記入可) |  |
| 研修名 | LSW養成研修　・　障害者基礎研修 |
| 希望日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 午前　・　午後　・　終日 |
| 備考 |  |

FAX（０９９５）４８－８８８０

　　　　　　　　　　　　　　　連合会　事務局行