

FAX 054-251-7508 経営支援課 行

平成29年度静岡県ホームヘルパー連絡協議会

第1回一般研修会 参加申込書（会員事業所用）

事業所名 _____

〒

所在地 _____

TEL _____

FAX _____

参加会員氏名	フリガナ	ホームヘルパー経験年数
		年
		年
		年

1 申込期限 8月21日（月）必着

2 講師への質問等がございましたら、御記入ください。

3 本研修会に係る個人情報は「社会福祉法人静岡県社会福祉協議会における個人情報の保護に関する方針（プライバシー・ポリシー）」に基づき、適切に取り扱い、他の目的で使用することはありません。

FAX 054-251-7508 経営支援課 行

平成29年度静岡県ホームヘルパー連絡協議会

第1回一般研修会 参加申込書（非会員事業所用）

事業所名 _____

〒

所在地 _____

TEL _____

FAX _____

参加会員氏名	フリガナ	ホームヘルパー経験年数
		年
		年
		年

1 申込期限 8月21日（月）必着

2 講師への質問等がございましたら、御記入ください。

3 本研修会に係る個人情報は「社会福祉法人静岡県社会福祉協議会における個人情報の保護に関する方針（プライバシー・ポリシー）」に基づき、適切に取り扱い、他の目的で使用することはありません。