|  |
| --- |
| **ふじのくに型福祉サービス**  **実践者派遣事業　申込書** **ＦＡＸ ０５４－２５１－７５０８** |
| ●申込日　　令和　　　年　　　　月　　　　　　日 |
| ●住所　　　〒　　　　－ |
| ●氏名（事業所名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　【担当者名】 |
| ●電話番号　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　） |
| ●利用したい内容 |
| ●参加人数・参加対象者 |
| ●予定会場（会場は申込者様で確保してください。）  　会場名：  　住　所： |
| ●希望される時期・時間帯  ※講師の都合により、ご希望にそえない場合もあります。ご了承ください。 |
| ●希望される専門（業種）・講師等ありましたらご記入ください。 |

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会　地域福祉課（藤下・鈴木）行