

平成 29 年度 対馬市同行援護従事者養成研修会

参加申込書

氏 名	フリガナ	性別	男 ・ 女
住 所	〒 — 県 市 町		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
電話番号	【自宅】 — —	【携帯】	— —
所属機関	※法人名及び勤務先の名称等をご記入下さい。 無職の方は、無職とご記入下さい。		
志望の動機	(※志望の動機を、具体的にご記入下さい。)		
備考 (何も記入しないで下さい。)			

平成 29 年 月 日

社会福祉法人 対馬市社会福祉協議会
会 長 松 井 旦 壽 様