

＜申込受付〆切 平成 24 年 11 月 30 日 17:00＞

社会福祉法人芳香会 主催 [福祉施設職員のためのD I G研修会]

参加申込書

申込者連絡先 (所在地・施設名等)	施設分野 ※〇をつけてください。				
	高齢	障害	児童(保育含む)	児童	その他
	法人・施設名 _____				
	住所：〒 _____ _____				
	TEL： _____ (_____)				
	FAX： _____ (_____)				
	e-mail： _____				
申込者氏名 (代表者)					

参加者氏名	ふりがな	職種名
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

※参加にあたり、グループ演習の資料をご提出頂く事があります。ご了承・ご協力をお願いいたします。
またグループ演習を行いますので、可能な限り2名以上でご参加ください。

昼食のご希望 ※〇をつけてください。	あり なし	ありの場合 _____ 食分
--------------------	------------	----------------

連絡事項等：

お問い合わせ ・連絡先	社会福祉法人芳香会 法人本部事務局 “D I G研修会 実行委員会” (担当：増田・川島) 茨城県古河市上大野 698 ☎280-97-1027 HP： http://www.houkoukai.or.jp/	受信確認 (芳香会記入欄)
----------------	---	------------------