

FAX専用(コピーをしてご使用下さい)

<専門職> 介護講座申込書

申込日:平成 年 月 日

**FAX 0952-30-2591**

★ 受講申込者 楷書ではっきりとお書き下さい。

フリガナ			
氏名 (または団体名)			
住所	[ 自宅・勤務先 ]いずれかに○をご記入下さい。 〒 -		
勤務先		職種	
連絡先	*日中連絡がとりやすい番号をご記入下さい。 電話番号 - - FAX 番号 - -		

★ 受講希望講座

日程	講座名
日程	講座名
日程	講座名

\*お申し込みいただきました内容は講座受付以外には使用いたしません。

\*講座の日程や会場は都合により変更させていただくことがあります。

\*お申し込みをされてキャンセルされる場合は、必ずご連絡下さい。

**お申し込み・お問い合わせは**

**佐賀県在宅生活サポートセンターまで**

**〒840-0804 佐賀市神野東 2-3-33(佐賀県長寿センターはればれ内)**

**TEL: 0952-31-8655 FAX: 0952-30-2591**