

別紙

送信先 相双保健福祉事務所 障がい者支援チーム 行
FAX (0244) 26-1139 (添書不要)

平成 年 月 日

所属名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

平成29年度 若手職員向けメンタルヘルスセミナー
参加申込書

所属	職名	氏名

○ 講師の先生への質問等がありましたら、ご記入ください。

()

【申込み期限】 平成29年10月13日(金)

