

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 ゲートキーパー養成研修会  
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30年1月12日（金）

