

(別紙様式)

平成29年 月 日

平成29年度福利厚生センター地方受託講習会メンタルヘルス講習会
「思いやる力」を高めるアンガーコントロール研修
参加申込書

ソウェルコード

			-						
都道府県コード				契約者コード			事業所コード		

法人名：

事業所名：

印

〒

事業所住所：

電話番号：

— —

ご担当者名：

下記会員の参加を申し込みます。

優先順位	参加者氏名	性別	会員番号(6桁)	職名または職種
1	ふりがな	男・女		
上司・部下の人数		上司 _____人	部下 _____人	
種別	高齢者・知的・身体・精神・児童・保育・社協・その他()			
2	ふりがな	男・女		
上司・部下の人数		上司 _____人	部下 _____人	
種別	高齢者・知的・身体・精神・児童・保育・社協・その他()			

※申込みは、原則、1事業所1名としております。

※種別欄は、該当箇所に○を付けてください。

<申込先>

一般財団法人愛知県民間社会福祉事業職員共済会

ソウェルクラブ愛知県事務局

FAX 052-212-5510

<申込締切>

平成29年10月13日(金)必着

※先着順ではありません