

FAX：093-582-2095（送信票不要）
（北九州市保健福祉局 地域福祉推進課 担当：藤井・日野 宛）

令和5年度第3回 北九州市生活支援型訪問サービス従事者研修
受講申込用紙

団体・事業所名	
住所	
電話番号	

<受講者>

	(フリガナ) 受講者氏名	生年月日
1	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)
2	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)
3	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)
4	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)
5	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)