

キャリアパス支援研修申込書

申込日：平成 年 月 日

社団法人広島県シルバーサービス振興会 行

事業所名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

管理者名 _____

月 日の _____ 者研修に、次の者の受講を申し込みます。

氏名	役職	弁当注文○印を 500円（汁つき）	備考

開催日の10日前までに、下記FAXにてお申込ください。

FAX 082-254-9690

(この申込書は複写して活用ください)