福岡県社協　研修課　行（ＦＡＸ ０９２－５８４－３４０２）

令和２年度接遇マナー向上研修
受講申込書

施 設 種 別　高齢・障害・児童・社協・その他
（※○で囲んでください）

施設・事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担 当 者 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〒　　－

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号　（　　）　　－

ＦＡＸ番号　（　　）　　－

【日程】Ａ日程　令和３年１月１９日（火）
　　Ｂ日程　令和３年１月２５日（月）

No. 県社協 記入欄	希望する日程に ○印	ふりがな 氏　名	職　種	経験年数
	Ａ　・　Ｂ			年　　ヶ月
	Ａ　・　Ｂ			年　　ヶ月

※定員になり次第、締め切らせていただきます。
※定員超過等で受講をお断りする場合は、その旨本会から連絡します。
※経験年数は、令和３年１月１日現在で記入ください。

福岡県社協研修課のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先 ※ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。
（　　－　　－　　）

●この研修に参加して学びたいと思っていることはどのようなことですか。簡潔に記入してください。（Ｗｅｂ申込の場合は、備考欄に記入してください。）