

申込日：令和 年 月 日

参加申込書

・令和6年度 生活支援員養成研修に申し込みます。(全2日間)

フリガナ 氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
住 所	〒		
電話番号			
資 格	※現在、お持ちの資格があれば、お書きください。		
略 歴	※差し支えのない範囲で、お書きください。		
そ の 他	※受講に関してのご意見・ご要望等がございましたら、お書きください。		

《申込み先》

社会福祉法人 伊賀市社会福祉協議会

いが日常生活自立支援センター

〒518-0829 伊賀市平野山之下380-5 伊賀市総合福祉会館1階

TEL：21-9970 FAX：21-8123