

(別紙)

FAX送信先(静岡県社会福祉協議会 地域福祉課 行)
054-251-7508 締切日:2月22日(木)

ふじのくに型福祉サービス

令和5年度「共生型拡充セミナー」

参加申込書

施設名			
氏名	参加者1	参加者2	
	参加者3	参加者4	
メールアドレス			
連絡先	電話: — —		

◎共生型福祉施設を運営または運営したいと考えるうえで課題等があれば自由に御記入ください。

--

本研修会に伴う個人情報については、研修会における名簿として使用するとともに、これらの事務に付帯する業務の範囲内で使用しますので、予めご了承ください。