

平成 29 年度 相模原市「指導者養成研修（医療的ケア教員研修会）」（申込書）

氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日生	年齢	歳
住 所	〒 _____		
	都 道 府 県		
現在の勤務先	設置主体名		事業所名
	所在地		
	〒 _____		
	都 道 府 県		
保有資格			資格取得 年月
修了書の 送付先	住所地 ・ 勤務先 ・ その他  その他の方のみ、下の欄もご記入ください。		
	〒 _____		
	都 道 府 県		

下記番号まで FAX してください

**FAX : 03-5651-8121**

\* 3 日以内に事務局から連絡がない場合は確認の為ご連絡ください

電話番号 財形福祉協会事務局 03-5651-8120

一般社団法人 財形福祉協会

〒103-0024 東京都中央区日本橋小舟町 8-14 日本橋三越前アムフラット壱番館 301

TEL 03-5651-8120 FAX 03-5651-8121 E-mail : zaikai@t3.rim.or.jp