群馬県社会福祉協議会　宛て

****　　　　　 **ＦＡＸ**

**０２７－２５５－６１７３**

**締切日：平成30年７月６日（金）**

**受付順。定員になり次第、締め切ります。**

参加ご希望の方は、下記をご記入の上、ＦＡＸにて送付ください。

**群馬県ふくし総合相談支援事業　全体会議（Ｈ30.7.24）**

**参 加 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人・団体名 |  |
| 連絡先 | 電　話：　　　　　　　　　　　　　　　　　／ＦＡＸ： |
| 担当者名 |  |

参加者名簿（不足する場合は、コピーしてご使用ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　名 | 役職名 | 所属名  （法人本部・事業所名等） |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

**◎**群馬県ふくし総合相談支援事業や講師への質問等、自由にご記入ください。

（時間の都合上、全ての質問に回答できない可能性もございます。）

|  |
| --- |
| 【質問内容】　※記入欄が足らない場合は、別紙で回答いただいてもかまいません |

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。