

各 期 共 通

申込日 令和 年 月 日

山梨県社会福祉協議会 福祉人材センター 行

「福祉のおしごと マッチングカフェ」

＜参加申込書＞

(FAX 055-254-8614)

○各期の申込み受付日を確認の上、受付日に FAX でお申し込みください。
なお、指定日以外の申込は無効となりますので、ご注意ください。

1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 期 該当の期に○をつけてください	第1希望	月
	第2希望	月
法人名	事業所名	
出席予定者：役職名	ふりがな ----- 氏名	
連絡担当者：役職名	ふりがな ----- 氏名	
TEL	FAX	
所在地 〒 — Eメールアドレス（連絡用に記載してください。） _____ @ _____	参加予定人数 名	

※開催日の詳細は、開催要綱をご参照ください。

※会場のスペース上、参加人数は2名までとさせていただきます。

お手数をお掛けしますがFAX送信後、確認の電話をお願いします。

TEL：055-254-8654（担当 中澤）