申込先ＦＡＸ0776-24-8941 E-mail somu@f-shakyo.or.jp

|  |
| --- |
| 　（法人連携協事務局あて） |

福井県内社会福祉連携事業推進協議会（法人連携協）事業

地域貢献セミナー　【参加申込書】

次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 連絡先 | 部署・事業所名 |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅメール※ |  |
| 連絡担当者名 | 　　　　　　　　　（役職　　　　） |

　※このアドレスにＺＯＯＭ参加用のＩＤ等を開催前日までに送付いたします。

|  |
| --- |
| 参加予定者 |
| № | 氏　名 | 役　職 | 備　考 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

※準備の関係上、6月１４日（火）までにＥ-mailまたはＦＡＸにてお申し込みください。