

FAX送信先 (FAX 011-271-3956)
北海道社会福祉協議会 地域福祉部 地域福祉課 三上 行

平成29年度全道福祉の学習推進セミナー参加申込書

団体名		申込担当者 氏名	
住 所	〒 -		
電 話	-	FAX	-

No.	氏 名	所 属	役職名	分科会	昼食希望※
1				・第1分科会 ・第2分科会	・希望する ・希望しない
2				・第1分科会 ・第2分科会	・希望する ・希望しない
3				・第1分科会 ・第2分科会	・希望する ・希望しない
4				・第1分科会 ・第2分科会	・希望する ・希望しない
5				・第1分科会 ・第2分科会	・希望する ・希望しない

※選択を希望する分科会、昼食希望の有無について、○をつけてください。

《留意事項》

1. 12月27日(水)までに本会宛てにFAXにてお申し込みください。
2. 本セミナーに関する個人情報(氏名、所属等)については、本セミナーに関する資料の作成のみに使用します。
なお、氏名、所属等を記載した参加者名簿を作成し参加者に配布しますので、予め御了承ください。