

阿蘇市社会福祉協議会視察研修申込書（送信票不要）

申込日：令和 年 月 日（ ）

フリガナ 申込機関名			
連絡先	TEL :	FAX :	
担当者名			
視察希望日時	第一希望：令和 年 月 日（ ） AM/PM（ : ~ : ） その内、講話時間（ 時間 分程度）、質疑応答（ 時間 分程度）		
	第二希望：令和 年 月 日（ ） AM/PM（ : ~ : ） その内、講話時間（ 時間 分程度）、質疑応答（ 時間 分程度）		
希望会場			
参加人数	総数 名（同行者 名を含む）	男女比	男性：女性（ : ）
車両	大型（ ）台 中型（ ）台 普通車（ ）台 その他（ ）台		
フリガナ 参加団体名			
団体代表者名		連絡先	
参加団体の 取組			
研修依頼内容			
備考	質問等ございましたらご記入ください		
申込先	社会福祉法人 阿蘇市社会福祉協議会 地域福祉課 宛 TEL：0967-32-1127 FAX：0967-32-4940		

※本書については、FAXにてお申し込みください。
申込後、担当者よりご確認の連絡をさせていただきます。