

K L S C福岡事業所研修 参加申込書

希望研修内容	
研 修 日	平成 年 月 日
ふ り が な 受 講 者 名	
連絡先電話番号 ※日中連絡可能なもの	() ー
<input type="checkbox"/> 住 所	〒 ー
<input type="checkbox"/> ふ り が な 勤 務 先	
勤務先所在地	〒 ー

決定通知の送付先は、に✓をつけてください。

申込み順に受付し、定員になり次第締め切らせていただきます。