（参加申込書）

平成２９年　　月　　日

**平成２９年度福利厚生センター　地方委託講習会　メンタルヘルス講座**

**参加申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　 　ソウェル

　　　　　　　　　　 契約者コード

　　　　　　　　　　 　 法 人 名

　　　　　　　　　　　　　 代表者名

　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　　　　　　　　　　　　　 記入者名

 標記について下記会員の参加を申込みます

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | ソウェル会員番号 | 職名 | 優先順位 |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ） |  |  |  |
|  |
| 性　別 | 男性 ・ 女性 |
| 年代 | 　　　　歳代 |
| 種別※○をつけてください | 高齢者 ・ 知的 ・ 身体 ・ 精神 |
| 児童 ・ 保育 ・ 社協 ・ その他（　　　　　　　） |
| 勤務先施設名 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 勤務先電話番号 |  |
| 勤務先ＦＡＸ番号 |  |

　　＜申込先＞　　三重県社会福祉事業職員共済会／ソウェルクラブ三重事務局

　　　　　　 　**ＦＡＸ　０５９－２２１－００４４**

 ＜申込期限＞　 **平成２９年１２月２１日（木）（必着）** ＊先着順ではありません。