|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お 名 前 | フリガナ | **□**男　　**□**女 |
|  |
| 生年月日 | 西暦　　　　 年　　　　 月　　　　 日 （**満** 　　　　才） | |
| ご 住 所 | 〒　　　　－ | |
| 日中の連絡先 | **□**ご自身の携帯　　　　**□**ご自宅　　　　 **□**勤務先  電話番号　　　　　　　－　　　　　　　 － | |
| ご 職 業 | **□**福祉関連職員･ﾊﾟｰﾄ･ｱﾙﾊﾞｲﾄ　**□**公務員 **□**会社員　　**□**自営業  **□**ﾊﾟｰﾄ･ｱﾙﾊﾞｲﾄ　　　 　**□**無職　　　　　 **□**その他（　　　　　 　） | |
| 勤 務 先 | 勤務先名 | |
| 電話番号　　　　　　　－　　　　　　　－ | |
| 講 座 の  認知ルート | **□**募集チラシ　　**□**労福協ﾎ-ﾑﾍﾟ-ｼ　　 **□**佐賀県・各市町ﾎ-ﾑﾍﾟ-ｼﾞ  **□**各市町広報誌　**□**ご紹介（　　　　 　）**□**その他（　　　　　　） | |
| **受講動機** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

※**□**には、いずれかに✓をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

※援助や配慮を必要とされる方はご要望をご記入ください。（障がいに関わる内容など）

＊申込書に記載の個人情報は、本事業の運営・管理にのみ使用することとし、これ以外の目的では使用いたしません。

**【受付け方法】**申込書を郵送かＦＡＸまたはEメールで下記宛てにお送り下さい。

**【問合せ・申込先】****一般社団法人 佐賀県労働者福祉協議会**

住 所 ： 〒840-0804　佐賀市神野東四丁目７－３

TEL ： 0952-32-1243

FAX ： 0952-32-1224

Eﾒｰﾙ ： rofuku.kaigo-saga@xsj.biglobe.ne.jp

**≪申込み締切日≫ 7月１8日（木）必着**