

FAX : 077-567-3910

滋賀県社会福祉協議会 福祉研修センター 行

## 平成29年度しが介護の職場合同入職式 参加申込書

平成29年度しが介護の職場合同入職式に、下記のとおり申し込みます。

事業所名	サービスの種類	所在地

(フリガナ) 参加者氏名	年齢	職種	採用(予定) 年月日	交流会の参加 (参加費:500円)	備考
				参加 ・ 不参加	
				参加 ・ 不参加	
				参加 ・ 不参加	
				参加 ・ 不参加	
				参加 ・ 不参加	

連絡事項等ありましたらご記入ください。

※知事からのメッセージカードにお名前を記載しますので、記載誤りのないよう、正確に  
お願いします。

担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先(Tel) \_\_\_\_\_

問合せ先：社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 福祉研修センター Tel 077-567-3927