

宛先 高知県精神保健福祉協会事務局 行

TEL 088 (823) 9669

FAX 088 (823) 9260

第13回精神保健福祉従事者リフレッシュ研修申込書

氏名		性別	男・女	
勤務先			職種	
勤務先 所在地	〒			TEL () -
連絡先	勤務先以外にありましたらご記入ください。 TEL () -			
動機	簡単に構いませんのでご記入ください。			
その他				

* 提出をされた個人情報につきましては、リフレッシュ研修のみに使用させていただきます。