

## 介護事業での外国人研修生受入セミナー申込書(FAX用)

送  
信  
先  
F  
A  
X  
番  
号  
0  
2  
7  
0  
5  
6  
1  
5  
9  
3  
3  
8

申込日	平成29年 月 日	開催日	2017(平成29)年3月30日(木)	
会社名				
お名前	フリガナ		性 別	
	姓	名	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
ご住所	〒 —		都 道 府 県	区 市 郡
ご職業				
電話番号	(       ) —			
メールアドレス	@			
会場	群馬県高崎市末広町 115-1 TEL: 027-370-8822 高崎市総合福祉センター <a href="http://takafukushi.ec-net.jp/access.html">http://takafukushi.ec-net.jp/access.html</a>			
備 考	<p>*1社2名以内の参加でお願いします。*</p> <p>2名参加の場合は、以下にお名前、フリガナ、性別をお書きください。</p>			

※申込書に必要事項ご記入の上事務局宛にFAX、または郵送にて応募してください。

**医療介護ネットワーク協同組合**  
 群馬伊勢崎支部・(株)アストジャパン  
 群馬県伊勢崎市連取町 3334 番地 2  
 電話 : 0270-61-9933  
 FAX : 0270-61-9338  
 メール : astojp55@gmail.com