

一般財団法人職業技能振興会 主催

第12回ケアストレスカウンセラーフォローアップ研修会

受講 申込書

フリガナ									
氏名	姓					名			
性別	1	2	生年月日	1	2	3	年	月	日 (才)
	男	女		大正	昭和				
郵便番号	〒 —								
現住所	都道 府県								
携帯電話番号	()								
自宅電話番号	()								
勤務先 または 学校									
電話番号	()								
FAX番号	()								
E-mail									
取得資格	<input type="checkbox"/> ケアストレスカウンセラー <input type="checkbox"/> 青少年ケアストレスカウンセラー <input type="checkbox"/> 高齢者ケアストレスカウンセラー <input type="checkbox"/> 企業中間管理職ケアストレスカウンセラー								

*太線枠内をご記入ください。

*申し込みに関する個人情報 は研修会受講登録のために使用するものであって
その他の目的で利用する事はございません。

FAX送信の場合： 03-3353-9182

郵送の場合：東京都渋谷区千駄ヶ谷5-16-6 パレ・ジュノ3階

一般財団法人職業技能振興会 宛