申込日　　　年　　月　　日

研修申込書

（お申込者）

　ご住所

　お名前

　　　　　　　　　　　　　（ご担当　　 　　　　様）

下記の通り研修を開催いたしますので、申込いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　時 | 　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　～　　時　　　　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　～　　時 |
| 会　　場 |  |
| 参加予定者数 |  |
| 研　修　名 |  |
| 連　絡　先 | ℡ | Fax |
| Eメール |
| 特記事項 |  |

※茨城カウンセリングセンターあて、FaxまたはEメールでお申込みください。

　Fax　029-225-1872　　Eメール　iccnet@sunshine.ne.jp

（センター使用欄）