

【送り先】 社会福祉法人千代福祉会 法人事務局 千田あて
ファクシミリ 022-394-5207 (送信表不要)

社会福祉法人千代福祉会 職場説明会
参加申込書

1. 学 校 名 _____
2. 申込担当者名 _____
3. 電 話 番 号 _____

社会福祉法人千代福祉会職場説明会に下記のとおり参加を申し込みます。

番 号	申 込 み 日			学 部	学 科 ・ 専 攻	卒 業 (見 込 み) 年 度	氏 名
	第 1 回 7 / 7	第 2 回 9 / 9	第 2 回 10 / 21				
						年度	
						年度	
						年度	
						年度	
						年度	
						年度	
						年度	

※職場説明会参加申込みは、先着順にて受付をして、定員となり次第締め切らせていただきます。

【申込み及び問い合わせ先】

社会福祉法人千代福祉会 法人本部 (千田) /TEL : 022-394-5206