

申 込 書

お 名 前	
年 齢	歳 (代)
所属(団体名) <small>※記入しなくても構いません</small>	
連 絡 先	

お聞きになりたいことがありましたら、ご記入ください。	
----------------------------	--

※9月3日(火)までにFAXまたは電話にてお申し込みください。

※車でお越しいただく際は、労働福祉会館と旧全労済跡地駐車場をご利用ください。

お 申 し 込 み ・ お 問 い 合 わ せ 先
ラ イ フ サ ポ ー ト セ ン タ ー 都 城
担 当 萬 代 利 江



0120-397-868

FAX

0986-36-7773