

外国人技能実習生受入セミナー 申込書

事業所名			
住所	〒		
	TEL:	FAX:	E-MAIL:
参加者氏名	氏名： (役職)		
	氏名： (役職)		
事前にご質問がございましたらご記入ください。			

FAX : 059-325-6215

E-MAIL : info@mie-kgk.jp

お申込み・お問い合わせ先はこちら

みえ介護グローバル協同組合

<https://mie-kgk.jp/>

〒510-0074

三重県四日市市鶴の森 1 丁目 4-3 メディカルセンタービル 4 階

TEL: (059)325-6214 FAX: (059)325-6215

メールアドレス : info@mie-kgk.jp