

別紙

※本票のみFAX送信してください（別途送信票等は不要です）

大分県社会福祉介護研修センター押印欄

大分県社会福祉介護研修センター 社会福祉研修部 行き

FAX：（097）552-6868

締切：平成30年 6月29日（金）【必着】

平成30年度 レジリエンス養成研修会  
受講申込書

No.	ふりがな 氏名	職名	通算経験年数
1			通算経験年数 年 月
2			通算経験年数 年 月
3			通算経験年数 年 月

※経験年数については、福祉の職場に勤務した通算期間を記入してください。

上記のとおり提出します。

大分県社会福祉介護研修センター所長 殿

平成30年 月 日

法人・会社名

施設・事業所名

所属長 \_\_\_\_\_ 印

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_