

*本票のみ FAX してください。(別途送信票は不要です。)



大分県社会福祉介護研修センター宛
FAX : 0 9 7 - 5 5 2 - 6 8 6 8

センター記入欄 (受付 No.)

*締切：令和3年12月3日(金)

令和3年度 介護技術講師継続研修
参加申込書 (事業所所属者用)

氏名	職名	第1希望日	第2希望日

*参加されない場合や第2希望がない場合は、×印を記入してください。

※介護技術に関して、確認・質問等がありましたら、ご記入ください。

()

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

令和 年 月 日

法人・会社名

施設・事業所名

所属長

印

担当者名

郵便番号

住所

電話番号・FAX 番号