

(別紙1)

※本票のみFAX送信してください。

受 付
(研修センター記入欄)

大分県社会福祉介護研修センター

FAX (097) 552-6868

締切：平成29年9月1日(金)※必着

平成29年度 排泄初級セミナー スキルアップセミナー参加申込用紙

ふりがな 氏名	性別	年齢	現在の職場 での 経験年数	資格		セミナー受講の有無 (該当するものに○をし、 受講年度を記載してください)
				職	種	
	男・女	歳	年 ヶ月			排泄初級セミナー 年度 受講していない

法人名	
事業所名	
事業所住所	〒
連絡先	担当者氏名 :
	TEL () -
	FAX () -
	メールアドレス :

※記載された受講者に関する個人情報、受講者名簿の作成等、研修事業関連の目的にのみ使用することとし、他の目的で使用することはありません。