

FAX送信票

⇒ 大分県社会福祉介護研修センター行き

FAX：(097) 552-6868

※申込締切：11月8日（水）まで

平成29年度
社会福祉施設長研修会
受講申込書

No.	役職名	ふりがな 氏名	経験年数	備考
1			年 月	
2			年 月	

※ 法人で、一括して申し込まれる場合は、「備考」欄に所属施設名を記入してください。

※ 「経験年数」の欄には、施設長等の運営管理職員としての業務経験年数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29年 月 日

法人名

施設名

所属長（又は理事長）

印

担当者名

TEL () —

FAX () —

※「受講決定」の通知は、上記のFAX番号あて送信します。