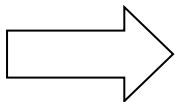


別紙

※本票のみFAX送信してください（別途送信票等は不要です）。

申込締切：令和4年9月6日（火）必着



大分県社会福祉介護研修センター行

FAX：(097) 552-6868

大分県社会福祉介護研修センター押印欄

Blank box for stamp

令和4年度 高齢者福祉施設相談職員研修会 受講申込書

No	ふりがな 氏名	職名	相談職員経験年数
1			年 月
2			年 月

※相談職員経験年数は、おおよその通算期間をご記入ください。

◎研修でのパソコン・タブレット・スマートフォンの使用確認をしています。当てはまる箇所
に○を付けてください。また、複数で受講される場合は人数を記載してください。

(パソコン ・ タブレット ・ スマートフォン)

→ _____名で使用 ・ もしくは、1人1台で受講します

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4年 月 日

法人名 _____

施設名 _____

所属長名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

E-mailアドレス _____@_____