

※本票のみ F A X 送信してください (別途送信票等は不要です)

研修センター押印欄

F A X 送信票

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

締切: 令和5年11月15日(水) 【必着】

福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程中堅職員コース 受講申込書

法人名	
会社名	

No.	(ふりがな) 受講希望者氏名	(西 暦) 生 年 月 日	通算経験年数 (申し込み時点)	キャリアパステキスト 購入について
1		年 月 日	年 月	必要(申し込む) ・ 不要(既に持っている)
	勤務先名称		受講希望組	受講者職種名
			第一希望 () 組 第二希望 () 組	
	連絡先 (メールアドレス)	@		

No.	(ふりがな) 受講希望者氏名	(西 暦) 生 年 月 日	通算経験年数 (申し込み時点)	キャリアパステキスト 購入について
2		年 月 日	年 月	必要(申し込む) ・ 不要(既に持っている)
	勤務先名称		受講希望組	受講者職種名
			第一希望 () 組 第二希望 () 組	
	連絡先 (メールアドレス)	@		

※キャリアパステキスト購入の必要・不要についてどちらか必ず選択し、○で囲んでください。

※メールアドレスについて、見分けが付きにくい文字は、ふりがなを振ってください。

研修センター記入欄

【受講申込担当者記入欄】

※テキスト必要の有無に関わらず、下記記入欄は受講申込に必要となりますので、必ずご記入ください。

※テキストが必要な場合は、確実に手元に届く送付先をご記入ください。

上記の者を標記研修会に受講させたく申し込みます。

令和5年 月 日

郵便番号

施設・事業所住所

施設・事業所名

担当者名

電話番号

F A X 番号