※本票のみＦＡＸ送信してください（別途送信票等は不要です）。

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 **申込締め切り：令和６年１２月２日（月）必着**

|  |  |
| --- | --- |
| **令和６年度****社会福祉法人監事研修会****受講申込書** |  大分県社会福祉介護研修センター押印欄 |
|   |
| № | 職 | 氏　　　名 |  | 備　考 |
| １ |  |  |  　 　　　年　 　月 |  |
| ２ |  |  |  　　 年　 　月 |  |
| ３ |  |  |   年　 　月 |  |
| ４ |  |  |  　 年　 　月 |  |

**※ 「経験年数」の欄には、監事としてのおおよその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

 　　令和６年　　　月　　　日

 　　 法人名

　　　　　　　　　　申し込み担当者氏名

 TEL （　　　　　） －

 FAX （　　　　　） －