※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 （　　　　　） －