

※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

申込締切:平成29年10月17日(火)必着

大分県社会福祉介護研修センター行き
FAX: (097) 552-6868

大分県社会福祉介護研修センター押印欄

平成29年度
社会福祉法人理事研修会
受講申込書

No.	役職名	氏名	経験年数	備考
1			年 月	
2			年 月	
3			年 月	
4			年 月	

※ 「経験年数」の欄には、理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

平成29年 月 日

法人名

理事長

印

担当者名

TEL () -

FAX () -