

※本票のみFAX送信してください（別途送信票等は不要です）。
（メール添付での返信による申込みは受付できません）

大分県社会福祉介護研修センター 行
FAX (097) 552-6868
締め切り：令和3年9月3日（金）

大分県社会福祉介護研修センター記入欄
（こちらには何も記入しないでください）

令和3年度 社会福祉施設等給食担当職員研修会 （調理員コース）受講申込書

	ふりがな 氏名	職名	経験年数
1		調理員・管理栄養士・栄養士 その他（ ）	年 カ月
2		調理員・管理栄養士・栄養士 その他（ ）	年 カ月

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3年 月 日

法人名

施設種別

施設名

申込担当者名

郵便番号

施設・事業所住所

電話番号

FAX番号