

※本票のみFAX送信してください(別途送信票等は不要です)



大分県社会福祉介護研修センター宛
FAX:097-552-6868

締切:2019年 4月25日(木)【必着】

2019年度 社会福祉施設等中堅職員研修会 受講申込書

法人区分コード	(別表1)	法人名 会社名	

No.	(ふりがな) 受講希望者氏名	(西 暦) 生 年 月 日	性 別	通算 経験年数	研修 コース	キャリアパステキスト 必要有無
1		年 月 日	男 ・ 女	年 月	Aコース ・ Bコース	必要(申し込む) ・ 不必要(既に持っている)
	勤 務 先 名 称	勤務先種別コード	受講者職種名		受講者職種コード	
		(別表2)			(別表3)	

No.	(ふりがな) 受講希望者氏名	(西 暦) 生 年 月 日	性 別	通算 経験年数	研修 コース	キャリアパステキスト 必要有無
2		年 月 日	男 ・ 女	年 月	Aコース ・ Bコース	必要(申し込む) ・ 不必要(既に持っている)
	勤 務 先 名 称	勤務先種別コード	受講者職種名		受講者職種コード	
		(別表2)			(別表3)	

※研修コース(AもしくはB)についてどちらか(両コース申込みも可)必ず選択し、○で囲んでください。

※キャリアパステキスト必要有無についてどちらか必ず選択し、○で囲んでください。

【 受講申込担当者記入欄 】

※テキスト必要有無に関わらず、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。

※受講希望者がテキストを必要の場合は、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。

2019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

FAX番号