

【島根県福祉人材センター宛 FAX0852-32-5956】 申込み〆切：R3.1.29(金)

令和2年度社会福祉法人役員研修 受講申込書

記入日： 年 月 日

○法人情報（受講決定通知書送付先）

法人名 ※1	社会福祉法人			○印で選択してください	
	連絡担当者：			島根県社会福祉協議会もしくは島根県 社会福祉法人経営者協議会の 会員・非会員	
所在地・ 連絡先	〒 - -				
	TEL	-	-	FAX(緊急連絡先)	- -

○受講者情報（受講希望優先順位の高い方からご記入ください。）※2

優先 順位	フリガナ	事業所名	役職名	就任からの期間	希望会場	
	氏名				○で選択してください。	
1				年 月	東部会場	西部会場
2				年 月	東部会場	西部会場
3				年 月	東部会場	西部会場
4				年 月	東部会場	西部会場

※1 法人名は正式な名称をご記入ください。

※2 記載された個人情報、本研修会以外の目的には使用しません。