

(別紙1)

2024年度 こうほうえん実務者研修受講申込書

【提出先】 683-0853 鳥取県米子市両三柳1400 社会福祉法人こうほうえん FAX 0859-24-3113 担当：研修人財部 佐々木 宛			
ふりがな			
氏名	姓	名	
生年月日(和暦)	年 月 日	性別	
現住所	郵便番号(〒 -) 電話番号： ※確実に連絡が取れる電話番号を記載してください。		
保有資格	該当する方に○をしてください 無 ・ 有 (修了過程：) *修了証の写しを添付してお申し込みください		
実務経験年数			
勤務先名称			
所在地	郵便番号(〒 -) 電話番号： FAX 番号：		
志望の動機			

【提出期限】 2024年4月12日(金)