

FAX 098 (887) 1071

第1号様式

令和元年 月 日

沖縄県社会福祉協議会
沖縄県福祉人材研修センター所長 殿

機関名：

所属長名：

電話番号：

FAX 番号：

(担当者名：)

受講申込書

1 研修の名称

令和元年度 福祉事務所等生活保護査察指導員研修

2 受講者名

氏名	職名	査察指導員 経験年数 (通算)	生活保護 CW経験年数 (通算)	経験年数 (他行政)	備考
		年 月	年 月	年 月	
		年 月	年 月	年 月	
		年 月	年 月	年 月	
		年 月	年 月	年 月	

※経験年数は、令和元年7月末までの年数を御記入ください。

※FAX 送信後は、当センターへ着信確認の連絡をお願いいたします。