

(別紙1)

2026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】2026年4月6日(月)