様式1　　　　　　　　　　　　　 　　　　　NO.

令和5年度社会福祉施設長資格認定講習課程

受講希望者連名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 都道府県・指定都市・中核市名 | 都・道・府県・市 | フリガナ |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 氏 名 | 勤務先名称※就任予定先の勤務先を記載してください | 備 考 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 合計 | 申込者数　　　　　　　人　 |

\* 監査等で特に受講を指導しているものについては、その旨を備考欄にご記入ください。

\* 16名以上の場合は用紙を分けて記入ください。2枚目はNo.16より採番ください。