

平成30年度社会福祉法人会計実務研修【初級コース】受講申込書

法人名			
所在地 (受講決定通知送付先)	〒		
TEL	FAX		
連絡担当者	島根県社会福祉協議会会員もしくは 島根県社会福祉法人経営者協議会 の会員の法人場合は○印をつけてください。⇒		

※受講希望者情報を優先順に記入ください。

No.	事業所名	氏名等	施設種別 ※該当を○で囲む	希望会場 ※該当を○で囲む
1	事業所名	氏名	1.保育所関連	松江 (7/19・20) 浜田 (7/25・26)
		役職名	2.障がい者(児)関連	
		会計経験年数 年	3.高齢者関連	
			4.その他 ()	
2	事業所名	氏名	1.保育所関連	松江 (7/19・20) 浜田 (7/25・26)
		役職名	2.障がい者(児)関連	
		会計経験年数 年	3.高齢者関連	
			4.その他 ()	

社会福祉法人会計に関するご質問があれば、内容をできるだけ具体的にご記入ください。なお、法人・事業所個別のご質問や時間の都合上、研修中にお答えできない場合は資料または後日対応とさせていただきますのでご了承ください。(任意の別紙による記入でも構いません)