

【島根県福祉人材センター宛 FAX0852-32-5956】〆切：10月15日（月）

平成30年度社会福祉法人会計実務研修【中級コース】

受講申込書

平成30年 月 日

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。定員超過の場合は調整させていただくことがあります。

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	カナ 氏名	1. 保育所関連 2. 障がい者(児)関連 3. 高齢者関連 4. 社会福祉協議会 5. その他 ( )	松江 浜田
		役職名		
		会計経験年数 年		
2	事業所名	カナ 氏名	1. 保育所関連 2. 障がい者(児)関連 3. 高齢者関連 4. 社会福祉協議会 5. その他 ( )	松江 浜田
		役職名		
		会計経験年数 年		
3	事業所名	カナ 氏名	1. 保育所関連 2. 障がい者(児)関連 3. 高齢者関連 4. 社会福祉協議会 5. その他 ( )	松江 浜田
		役職名		
		会計経験年数 年		

◆ 社会福祉法人会計に関するご質問があればご記入ください。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くことがありますので、ご了承ください。

質問内容をできるだけ具体的に記入（任意の別紙による記入でも構いません）