

平成30年度 社会福祉法人監事研修

受講申込書

注) 定員に達した場合、申込締切前でも申込をお断りする場合がございますので予めご承知おきください。

記入日：平成 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 法人の場合は○印をつけてください。⇒		

※受講優先順位で記入してください。

No.	(フリガナ) 氏名	役職名 該当を○で囲んでください ※「その他」の場合は()内に記入	希望会場 希望会場を○で囲んでください。	
1		監事 その他 ()	浜田会場 (12/3)	松江会場 (12/5)
2		監事 その他 ()	浜田会場 (12/3)	松江会場 (12/5)
3		監事 その他 ()	浜田会場 (12/3)	松江会場 (12/5)

○監事監査業務及び社会福祉法人の財務等管理等に関して、ご質問等があればご記入ください。(任意の別紙による記入でも構いません)

※ご記入いただいた質問については、可能な限り研修でとりあげますが、内容や時間の都合等によりお答えできない場合があります。
あらかじめご了承ください。

※この申込書に記入された個人情報、本研修会以外の目的に使用しません。