

平成30年度社会福祉法人会計実務研修【上級コース】 受講申込書

平成 年 月 日

法人名

連絡担当者

法人住所 （※受講決定通知送付先とさせていただきます）

〒 -

TEL - -

FAX - -

○島根県社会福祉協議会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は○印をつけてください
（いずれかひとつのみでも可）。 → _____

※受講希望者情報を優先順に記入ください。

No.	役職名	事業所名	施設種別 ※該当を○で囲む	希望会場 ※該当を○で囲む
	氏名（フリガナ）			
1	役職名	事業所名	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	浜田（ 1 2 / 4 ） 松江（ 1 2 / 6 ）
	フリガナ			
	氏名			
2	役職名	事業所名	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	浜田（ 1 2 / 4 ） 松江（ 1 2 / 6 ）
	フリガナ			
	氏名			
3	役職名	事業所名	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	浜田（ 1 2 / 4 ） 松江（ 1 2 / 6 ）
	フリガナ			
	氏名			

○会計処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）