

【島根県福祉人材センター宛 FAX0852-32-5956】切：7月31日（水）

令和元年度社会福祉法人経営管理研修～管理会計の必要性
受講申込書

令和元年 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 法人の場合は○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
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 ()
		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 ()
		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 ()
		役職名	
		会計経験年数 年	

◆ 社会福祉法人管理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きますので、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）

--