

令和2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	社会福祉法人		
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もしくは島根県 社会福祉法人経営者協議会の会員	会員 非会員

※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 ※該当に○
1	事業所名	(ふりがな) 氏 名	1.保育所関連 2.障がい者(児)関連 3.高齢者関連 4.その他 ()
		役職名	
		会計経験年数 (R2.4.1 現在) 年 月	
2	事業所名	(ふりがな) 氏 名	1.保育所関連 2.障がい者(児)関連 3.高齢者関連 4.その他 ()
		役職名	
		会計経験年数 (R2.4.1 現在) 年 月	

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記入ください。(任意の別紙による記入でも構いません)