

# 令和2年度 社会福祉法人会計研修【上級コース】

## 受講申込書

記入日： 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	事業所名	職名等 (経験年数 R2.9 現在 ・1年未満切捨て)	希望区分 いずれかの番号を○で囲んでください。	
				第1希望	第2希望
1			(会計経験年数) 年	1 松江・午前 2 松江・午後 3 浜田・午前 4 浜田・午後	1 松江・午前 2 松江・午後 3 浜田・午前 4 浜田・午後
			(会計経験年数) 年	1 松江・午前 2 松江・午後 3 浜田・午前 4 浜田・午後	1 松江・午前 2 松江・午後 3 浜田・午前 4 浜田・午後
3			(会計経験年数) 年	1 松江・午前 2 松江・午後 3 浜田・午前 4 浜田・午後	1 松江・午前 2 松江・午後 3 浜田・午前 4 浜田・午後
			(会計経験年数) 年	1 松江・午前 2 松江・午後 3 浜田・午前 4 浜田・午後	1 松江・午前 2 松江・午後 3 浜田・午前 4 浜田・午後

○社会福祉法人会計に関して、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。

※希望区分は、できるだけ第2希望までご記入ください。定員超過の場合、調整させていただく場合があります。