

令和2年度 社会福祉法人監事研修

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	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		監事	1 松江・午前	1 松江・午前
		その他 ()	2 松江・午後	2 松江・午後
2		監事	3 浜田・午前	3 浜田・午前
		その他 ()	4 浜田・午後	4 浜田・午後
3		監事	1 松江・午前	1 松江・午前
		その他 ()	2 松江・午後	2 松江・午後
			3 浜田・午前	3 浜田・午前
			4 浜田・午後	4 浜田・午後

○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。

※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。