

※参加される場合は、本申込書をお送りください。(送信紙不要)

平成30年度社会福祉法人初級会計(複式簿記)研修会 受講申込書

平成 年 月 日

法人名	担当者: ()	所在地	〒
電話番号		FAX番号	
Eメール			

◆必要事項を記入してください。

No	受講者氏名	所属部署 施設名	役職名	会計の実務期間 (経験年数)	備考
1				年 月 ~ 年 月 (年 か月)	
2				年 月 ~ 年 月 (年 か月)	
3				年 月 ~ 年 月 (年 か月)	

◆事前質問 ※複式簿記に関する事前質問がありましたら記入してください(初歩的なことでもかまいません)。

本申込書で取得した個人情報は取扱いに十分留意し本事業運営以外には使用しません。