

※本票のみFAX送信してください（別途送信票等は不要です）。
（メール添付での返信による申込みは受付できません）

大分県社会福祉介護研修センター 行
FAX (097) 552-6868
締め切り：令和4年6月8日（水）

大分県社会福祉介護研修センター 記入欄
（こちらには何も記入しないでください）

令和4年度 社会福祉施設事務担当職員研修会（中級編） 受講申込書

	ふりがな 氏名	職名	経験年数	テキスト注文の要否 (いずれかを○で囲む)	備考
1			年 カ月	注文する ・ 注文しない	
2			年 カ月	注文する ・ 注文しない	

*経験年数については、会計・経理担当として勤務した通算期間を記入してください。

*申込時にテキスト購入を希望され6月8日(水)以降にキャンセルした場合は、テキスト代(3,520円・税込)を請求させていただきますので、予めご了承ください。テキストは一般財団法人 総合福祉研究会 発行の『「会計基準省令」準拠 六訂版 社会福祉法人会計 簿記テキスト(中級編)』を使用します。

上記のとおり提出します。

大分県社会福祉介護研修センター所長 殿

令和4年 月 日

法人名

施設種別

施設名

申込担当者名

郵便番号

施設・事業所住所

電話番号

FAX番号