

令和4年度 社会福祉法人会計実務講座 受講申込書(各コース共通)

記入日 令和4年 月 日

\*公印のない場合申込は 受付いたしません

中央福祉学院長様

下記の者に標記講座を受講させたく申し込みます。

役職名 所属長氏名

公印

\*の項目は必須記入です。必須項目に記入漏れのある場合、申し込みは無効となります。

1 \* 希望コース 2 \* 受講希望者氏名(カナ) 3 \* 受講希望者氏名(漢字) 4 \* 生年月日 5 \* 性別 6 \* 自宅住所 7 \* 自宅または携帯電話番号 8 \* メールアドレス 9 自宅FAX番号 10 \* 勤務先経営区分 11 \* 勤務先法人名 12 \* 勤務先名 13 勤務先部署名 14 \* 勤務先種別 15 \* 受講希望者職種 16 \* 勤務形態 17 \* 勤務先住所 18 \* 勤務先電話番号 19 \* 勤務先FAX番号 20 \* 教材の希望送付先 21 \* 経験年数 22 \* 申込回数 23 \* 過去に受講したコース 24 \* 本研修を知った手段 25 最終学歴 26 取得済資格等 27 会計業務の経験について 28 複式簿記について 29 その他

中央福祉学院記入欄

受付番号