ＦＡＸ可（０８９－９２１－８９３９）　愛媛県社会福祉協議会　経営管理課　行き

※お申込みされる場合は、本文をお送りください。（送信紙不要）

**令和５年度**

**退職共済実務研修会及び福利厚生センター担当者研修会 参加申込書**

**（県退職共済支援事業及び福利厚生事業説明会）**

【法人情報】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | 申込担当者 | |  |
| 加入状況  (☑を記入) | 福祉医療機構 退職手当共済 | □ 加入中　　　　　□ 未加入 | | | |
| 県退職共済 | □ 加入中　　　　　□ 未加入 | | | |
| 福利厚生センター(ｿｳｪﾙｸﾗﾌﾞ) | □ 加入中　　　　　□ 未加入 | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | |  | |
| Ｅメール |  | | | | |

【参加者情報】必要事項を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | ふりがな | 所属部署・役職名 | 備　考 |
| 参加者氏名 |
| １ |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  |  |
|  |
| ３ |  |  |  |
|  |

※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。

■事前質問　※事前質問がありましたら、記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**申込締切：令和６年１月１７日（水）**