（別紙）

申込先　愛媛県社会福祉協議会　経営管理課　行き［担当：近藤・土井中］

ＦＡＸ　０８９－９２１－８９３９（送信紙不要）／Ｅメール　keiei@ehime-shakyo.or.jp

**令和６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**

**（県退職共済支援事業及び福利厚生事業 説明会）**

**参 加 申 込 書**

【法人情報】必要事項を記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  | | 【オンライン参加希望の場合】  □ 下記『招待メール送信先アドレス』欄と同じ | | |

【参加方法等】下記のいずれかに☑の上、必要事項を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **□**　**会場参加**（愛媛県総合社会福祉会館２階「多目的ホール」） | | | | | |
| ⇒会場で参加される方のご氏名等をご記入ください（１法人２名まで）。 | | | | | |
|  | № | 所属部署・役職名 | | ふりがな | 備考 |  |
| 参加者氏名 |
| １ |  | |  |  |  |
|  |
| ２ |  | |  |  |  |
|  |
|  | ※会場参加でお申込みいただいた方は、当日、直接会場までお越しください。 | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  | **□**　**オンライン参加**（ZOOMミーティング） | | | | |  |
| ⇒招待メールの送信先メールアドレスをご記入ください。 | | | | |  |
| 招待メール送信先  メールアドレス | | (大文字や小文字、数字との区別がわかりやすいようにご記入ください。) | | |  |
|  | | |
| ※複数台のパソコンからのログインを希望する場合は、必ず、下記の通信欄に台数をご記入ください。 | | | | |  |

【通信欄】申込に関する連絡事項や事前の質問等がありましたら、記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**申込締切：令和７年１月１７日（金）**

※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。