ＦＡＸ可（０８９－９２１－８９３９）　愛媛県社会福祉協議会　総務企画部　経営管理課　行　（送信紙不要）

**令和７年度　社会福祉法人会計研修　受講申込書**

令和７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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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） | 受講希望※希望講座に○をつけてください。 | テキスト※希望のところに○を付けてください。 |
| １ |  |  |  | 年　　月　～　　年　　月（　　　年　　　か月） | **入門 　 ・　 ３級 　 ・ 　２級** **１級　 ・　 経営管理** | **入門** |  | **ﾃｷｽﾄ****不要** |
| **３級**  |  |
| **２級** |  |
| **１級** |  |
| **経営管理** |  |
| ２ |  |  |  | 年　　月　～　　年　　月（　　　年　　　か月） | **入門 　 ・　 ３級 　 ・ 　２級** **１級　 ・　 経営管理** | **入門** |  | **ﾃｷｽﾄ****不要** |
| **３級**  |  |
| **２級** |  |
| **１級** |  |
| **経営管理** |  |
| ３ |  |  |  | 年　　月　～　　年　　月（　　　年　　　か月） | **入門 　 ・　 ３級 　 ・ 　２級** **１級　 ・　 経営管理** | **入門** |  | **ﾃｷｽﾄ****不要** |
| **３級**  |  |
| **２級** |  |
| **１級** |  |
| **経営管理** |  |

**申込締切：入門 ７月８日（火）／３級 ８月４日（月）／２級 ８月２７日（水）／１級 １０月２日（木）／経営管理 １０月３０日（木）　※締切日が違いますのでご注意ください。**

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。