送信先：三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課　行

FAX：059-222-0305　※送り状は不要です。

令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

**令和7年度自主企画研修A-2　「会計担当職員実務研修」　受講申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法　人　名 |  | 施　設　名 |  |
| 研修担当者氏名 |  | 会員・非会員 | □ 会員　　・　　□ 非会員 |
| 申込法人・施設住所 | 〒TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 請求書送付先住所・宛先 | ※請求書の送付先が上記住所と異なる場合**のみ**ご記入ください。〒TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| （宛名） |
| **視聴情報****送付先Email** | ※はっきりとわかるようにご記載ください。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 職　名 | 所属施設 | 種　別 | 福祉職場経験年数（通算） | Zooｍアカウント（☑を入れてください） |
| 受講者氏名 |
|  |  |  | 老人 / 障がい　/　児童保育　/　社協その他（　　　　　　　　　） |  | □ １つのアカウントを１名で使用する□ １つのアカウントを複数名で使用する |
|  |
|  |  |  | 老人 / 障がい　/　児童保育　/　社協その他（　　　　　　　　　） |  | □ １つのアカウントを１名で使用する□ １つのアカウントを複数名で使用する |
|  |
| 同時に受講する受講者の氏名※上記の表に記載の氏名を記入してください | ※「１つのアカウントを複数名で使用する」に☑を入れた場合のみ記入 |
| ＜備考＞ |
| 申込締切：6月9日（月）　※本会必着 |

※お申込みいただく前に必ず「開催要綱」をご確認ください。

※ご記入いただいた個人情報は、当研修事業の運営に関わること以外には使用いたしません。

※ご指定のメールアドレスへ、配信URLと同時に講義資料も送付いたします。

　【お問い合わせ先】　　〒514-8552　三重県津市桜橋2丁目131

社会福祉法人 三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課　　TEL：059-213-0533