仙台市社会福祉協議会　事業経営課

事業経営係　千葉・菅原（浩）　行

FAX　　２６３－０２６７ (送信票不要)

**令和６年度仙台市社会福祉法人・施設職員研修事業**

**会計担当職員研修①　基礎編（７/１０）　参加申込書**

**令和6年　　月　　日**

**法　人　名**

**【　担当者名　：　　　　　　　　　】**

**連絡先 ＴＥＬ：　　（　　　）**

**ＦＡＸ：　　（　　　）**

**標記研修について、下記の職員の受講を申し込みます。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな****氏　　名** | **職　名** | **所　属・施設名等** | **性別** | **施設種別****（○で囲んでください）** |
|  |  |  |  | **障害・高齢・児童****その他（　　　　　）** |

**※ご提供いただいた個人情報は、今回の研修に係る事務手続きのみに使用します。**

**※各事業所及び各施設、1名のご参加でお願いします。**

|  |
| --- |
| **通信欄** |

**令和６年7月1日(月)必着**

**※申込み受付後、3日以内（土日祝日除く）に収受印を押印した申込書をＦＡＸで返送いたしますので、返信をもって受講決定に代えさせていただきます。なお、お申込み後3日が経過しても、ＦＡＸが返送されない場合は、お問い合わせください。**