FAX０８３－９２４－２７９８

山口県社会福祉法人経営者協議会　行

**令和元年度　社会福祉法人会計研修会「現任研修」**

**参　加　申　込　書**

法　人　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・会員外）

所　在　地

TEL　　　　　　　　　　　　　FAX

記入者名（連絡担当者）

■　**参加申込者**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 役職名 | 氏名 | 経験年月R1.8.1現在 | 施設種別 | 昼食希望 |
|  |  |  | 年　ヵ月 |  |  |
|  |  |  | 年　ヵ月 |  |  |
|  |  |  | 年　ヵ月 |  |  |
|  |  |  | 年　ヵ月 |  |  |
|  |  |  | 年　ヵ月 |  |  |

※施設種別（該当する番号を【施設種別】欄に記入してください。）

①保護　　②保育　③児童養護　④障害（知的）　⑤障害（身障）

⑥障害（精神）　⑦障害（障害福祉サービス）　⑧老人　⑨法人本部　⑩その他

■**使用している会計ソフトについて**

情報交換会のグループ分けの参考としますので、普段の会計処理で使用されている会計ソフトを記入してください。

会計ソフト名：