ＦＡＸ提出　（０８５７）５９－６３４１

メール提出　 keieisidou@tottori-wel.or.jp

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会　福祉振興部（担当／坂本） 行

令和６年度社会福祉法人会計実務研修会(初級編第２回) 参加申込書

**法 　人　 名**

　　　　　　　　　　　　　　　　　**担当者職氏名**

　　　　　　　　　　　　　　　　　**電話番号**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加区分(〇記入) | 所属施設名 | 役 職 名 | 氏　　　名 | メールアドレス（必須） |  |
| 集　合オンライン |  |  |  |  |
| 集　合オンライン |  |  |  |  |
| 集　合オンライン |  |  |  |  |
| 集　合オンライン |  |  |  |  |
| 集　合オンライン |  |  |  |  |

**※ 準備の都合上、１０月１５日（火）までにお申し込みください。**

**【参加費について】**

合計　　@２,０００円×　　　　　名＝　　　　　　　　　円

〇支払い方法（いずれかに〇）　　振込　・　当日現金

〇（振込の場合）振込予定日　　　　　　月　　　　日

〇（振込の場合）振込人名義

〇当日現金支払いの場合で領収書宛名が異なる場合

　　　領収書宛名

※支払いは、可能な限り法人ごとに取りまとめて口座振り込みでお願いします。

ＦＡＸ提出　（０８５７）５９－６３４１

メール提出　 keieisidou@tottori-wel.or.jp

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会　福祉振興部（担当／坂本） 行

**令和６年度社会福祉法人会計実務研修会（初級編第２回）質問票**

**日常の会計処理で疑問な点など質問があればご記入ください。**

**研修当日、回答できなかったものにつきましては、後日個別に回答させていただきます。**

　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

|  |
| --- |
| 質　　　問　　　事　　　項 |
|  |

**※．取りまとめの都合上、１０月１５日（火）までに送信願います。**