（ＦＡＸ　０９７－５５８－６００１）

平成３０年度社会福祉施設等経営支援セミナー参加申込書　①

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

法人名：

施設・事業所名：

住所：〒

ＴＥＬ：　　　　　（　　　）

ＦＡＸ：　　　　　（　　　）

担当者名：

該当するものに「○」をご記入のうえ、お申込みください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 役　職　名 | ふりがな | 第１回目 | 第２回目 | 第３回目 | 会員・非会員の区別（何れかを〇で囲んでください。） |
| 氏　名 | ６／６  （水） | ７／１１  （水） | ７／２５  （水） |
|  |  |  |  |  | 会員・非会員 |
|  |
|  |  |  |  |  | 会員・非会員 |
|  |
|  |  |  |  |  | 会員・非会員 |
|  |
|  |  |  |  |  | 会員・非会員 |
|  |
|  |  |  |  |  | 会員・非会員 |
|  |

６月　６日開催（第１回目）　 締切日：平成３０年５月３０日（水）

７月１１日開催（第２回目）　 締切日：平成３０年７月　４日（水）

７月２５日開催（第３回目）　 締切日：平成３０年７月１８日（水）

|  |
| --- |
| ○会員とは  　　（１）県経営協加入法人所属事業所  　　（２）県社協種別協議会加入施設  　　（３）県社協会員、賛助会員法人所属事業所  上記の何れかに該当する施設・事業所 |