

令和7年度社会福祉施設等経営支援セミナー参加申込書 ①

FAX 097-558-6001（施設団体支部 角田行）

令和7年 月 日

法人名：_____

施設・事業所名：_____

住所：〒_____

TEL：_____（ ）_____

FAX：_____（ ）_____

担当者名：_____

Mail アドレス：_____

請求書宛名：法人名のみ or 法人名+施設・事業所名

ご参加セミナー日付と該当するものに「○」をご記入のうえ、お申込みください。
（枠が足りない場合はコピーしてください。）

役職名	ふりがな	第4回	第5回	振込 予定日	お弁当申込 600円 ※何れかを○で 囲んでください。	会員・非会員 ※何れかを○で 囲んでください。
	氏 名	9/3 (水)	9/17 (水)			
					要・不要	会員・非会員
					要・不要	会員・非会員
					要・不要	会員・非会員

① 令和7年9月 3日（水）開催（第4回）は、参加締切日：8月20日（水） 振込締切8月27日（水）

② 令和7年9月17日（水）開催（第5回）は、参加締切日：9月 3日（水） 振込締切9月10日（水）

※当日現金での参加費のお支払いはできません。

○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