

研修会申込書

送付先 FAX 092-451-9077

幼稚園園長・設置者研修会への参加を申し込みます。

法人名		幼稚園名	
ご住所	() -		
申込責任者名			(役職名)
ご参加者名			(役職名)
			(役職名)
費用の支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振込	<input type="checkbox"/> 当日現金を持参	
懇親会のご参加	<input type="checkbox"/> 参加します	<input type="checkbox"/> 参加しません	
宿泊お申込み	<input type="checkbox"/> 当日(5日)の宿泊を申し込みます(1名1室朝食付消費税込み13,000円)		
(宿泊先 ベストウェスタン プレミアホテル長崎	<input type="checkbox"/> 申し込みません	<input type="checkbox"/> 8月4日又は6日宿泊ご希望の方は事前にご相談ください。	
備考	ご相談・ご質問があればご記入ください。当日お答えいたします。		
	● 個別相談を希望する <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない		

◆振込口座◆ 三井住友銀行 福岡支店 普通預金
 口座番号 No. 6017369
 口座名義 指吸会計センター株式会社
 福岡支店 所長 谷崎清治

ゆびすいグループ
指吸会計センター株式会社 福岡支店

〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-27-25 第2岡部ビル
 TEL(092)471-0347 FAX(092)451-9077