

社会福祉法人研修会申込書

● お申し込みは7月15日までをお願いします。

送付先 FAX 06-6268-4664

社会福祉法人研修会への参加を申し込みます。

法人名		
施設名		
ご住所		
お電話番号		
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	
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 堺支店 普通預金
口座番号 No. 0282787
口座名義 指吸会計センター株式会社

指吸会計センター株式会社 公益法人事業部

〒541-0057 大阪市中央区北久宝寺町1-4-15 SC堺筋本町ビル
TEL(06)6261-0380 FAX (06)6268-4664

当該申込書にて取得しました個人情報につきましては、弊社の個人情報保護方針に基づき、当該サービス業務の運用及びそれに附随する業務での利用目的以外には一切利用いたしません。