

「社会福祉法人新会計基準セミナー」申込書

送付先 FAX 06-6268-4664

「社会福祉法人新会計基準セミナー」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)
ご希望会場	ご希望の会場にチェックをお入れください。	
	<input type="checkbox"/> 岡山会場 <input type="checkbox"/> 福岡会場 <input type="checkbox"/> 大阪会場 <input type="checkbox"/> 東京会場 <input type="checkbox"/> 埼玉会場 <input type="checkbox"/> 名古屋会場	
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。	

ゆびすいグループ
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帯する業務での利用目的以外には一切利用いたしません。