令和　年　　月　　日

必須研修会申込書

支　部　名　　　東　予 ・ 中　予 ・ 南　予

氏　　　名

　　　　　出　席　　・　　　欠　席

・会場での受講

※1　申込多数の場合は抽選となります。

※2　会場での受講が困難な場合、Zoomでの受講を

　　希望される方は、下記“Zoomでの受講”にも

　　○印を付け、メールにてお申込み下さい。

・Zoomでの受講

※必ずメールでお申込みください。

※いずれかに○印をおつけください。

**１１月１３日（金）必着**

ご不明な点があれば事務局までお問い合わせ下さい。

愛媛県社会保険労務士会

ＴＥＬ 089－907－4864

ＦＡＸ 089－923－1133

メール　ehime3@ehime-sr.or.jp