別紙１

　沖縄県市町村職員共済組合総務課宛

ＦＡＸ：０９８－８６７－００１１ （送信状不要）

Ｅ-mail：soumu@okinawa-ctv-kyosai.or.jp

|  |  |
| --- | --- |
| 所属所名 | № |

**共済事務初任者研修会参加報告書**

１　研修会への参加について（どちらかに✔を記入ください。）

[ ] 　参　加　　　　　[ ] 　不参加　（ [ ]  資料希望　　部 ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※資料を御希望の場合は、□に

✔と部数を記入ください。

２　参加の場合、参加者名の記入をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　名 | 氏　名 | 希望日欄に〇をつけてください | 備 考 |
| 5/10 (金) | 5/29 (水) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※担当業務のみの参加も可能です。その場合は備考欄に御記入ください。

※報告期限：**５月２日(木)**お手数ですが、不参加の場合も御報告ください。

※御希望日に添えない場合のみ対象所属所に御連絡いたします。

※当日は、**令和６年度共済だよりを御持参ください。**