|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **교육신청서** | | | | | | |
| **이름** |  | **연락처** | | | 사무실:  휴대폰: | |
| **생년월일** |  | **E-mail** | | |  | |
| **주소** |  | | | | | |
| **기관명** | | | | **부서** | | **직위** |
|  | | | |  | |  |
| **교육과정 선택** | | | | **CFRE ( ) CCM ( )** | | |
| **관련 업무 내용(경력)** | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| **본인은 필란트로피 소사이어티에서 주최하는 교육을 신청합니다.**  **년 월 일**  **신청인:**  **필란트로피 소사이어티 귀중** | | | | | | |
| ※작성 후 E-mail ([koreasop@sop.or.kr](mailto:koreasop@sop.or.kr) )로 송부 바랍니다. | | | | | | |