南九州税理士会　ＦＡＸ番号　０９６－３６２－７３０５

税理士登録申請書（一式）請求票

フリガナ 氏　　名	
送付先	〒 TEL　　携帯 TEL

追加書類の提出が必要となりますので、次の項目について記入してください。

税理士事務所の予定地	該当するものを〇で囲んでください 開　業　・　税理士法人の社員　・　所属税理士	
	名　称	税理士法人、所属税理士の場合
	所在地	
税理士となる資格	該当するものを〇で囲んでください 税理士試験合格　・　税理士試験免除　・　弁護士　・　公認会計士 その他（　　）	
実務経験（２年１月以上）について	該当するものを〇で囲んでください 税理士事務所(税理士法人)　・　税務官公署　・　その他(　　) （事務所名：　　）	
	該当するものを〇で囲んでください ・　実務期間が大学院在籍中にある（　ある　・　ない　） ・　実務期間が併設された会計法人もある（　ある　・　ない　）	

ＦＡＸ送信後１週間以上経過しても郵送されない場合は、お手数ですがご連絡をお願いします。

事務処理欄	申請書送付日	備考欄
	年　月　日 ．　．	

南 九 州 税 理 士 会
〒862-0971
熊本市中央区大江５丁目 17 番５号
TEL096-372-1151 FAX096-362-7305