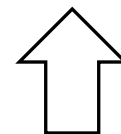


レジュメ・注文書



福岡シティ福祉サービス あて

Fax 送信先 092-883-1142

Fax 送信方向

以下に必要事項をご記入の上、上記番号に Fax してください。

お申込み区分	<input type="checkbox"/> 個人申込 <input type="checkbox"/> 団体申込（事業所、学校一括）
事業所名または学校名	
役職名	
フリガナ	
担当者名またはお名前	
支払金額	商品代金+送料（360円）【配送方法】レターパックライト
商品発送先住所	〒
E-mail(個人用)	@ ご連絡はメールアドレスにて優先的に行いますのでできるだけ記載をお願いします
電話番号	
Fax	

希望レジュメ名	販売価格 (一式)	必要部数	希望レジュメ名	販売価格 (一式)	必要部数
<input type="checkbox"/> H27 介護保険改正	2,000 円	部	<input type="checkbox"/> 傾聴【知識編・実践編】	2,000 円	部
<input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活総合事業	2,000 円	部	<input type="checkbox"/> パーキンソン病	2,000 円	部
<input type="checkbox"/> 介護保険請求	2,000 円	部	<input type="checkbox"/> 介護記録	2,000 円	部
<input type="checkbox"/> 認知症	2,000 円	部	<input type="checkbox"/> 介護保険制度	2,000 円	部
<input type="checkbox"/> 給付管理	2,000 円	部	<input type="checkbox"/> リスクマネジメント	2,000 円	部
<input type="checkbox"/> 在宅ケアハンドブック	2,000 円	部	<input type="checkbox"/> ボランティア体験記	300 円	部
<input type="checkbox"/> 認知症の方とのコミュニケーション 【バリデーション】	2,000 円	部			

ご希望のレジュメ名に✓を入れ必要部数を記載ください。

*記載された個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、注文に関する連絡、本人確認の範囲で利用いたします。

当事業所で申込用紙と料金振込が確認されましたら当事業所よりレジュメ一式を送付いたします。

ご不明な点がありましたら下記連絡先までご連絡をお願いします。

福岡シティ福祉サービス ～(株)東京シティ福祉サービス FC(フランチャイズ)加盟店～

〒819-0005 福岡市西区内浜 1-3-39 山根ビル 405 Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142

E-mail fukuoka-fukushi@pro.odn.ne.jp



FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE