

FAX 送信先
092-883-1142

セミナー受講申込書【団体用】



送信方向

講座名	介護保険事務士・上級養成セミナー				
セミナー期日	平成 26 年 10 月 4 日～平成 26 年 12 月 27 日 (14 日間)			セミナー時間	10 : 00～16 : 30
参加者	氏名	フリガナ	性別	生年月日	勤務年数
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
事業所名					
事業所住所	〒				
フリガナ					
担当者氏名					
事業所電話番号	()				
事業所 FAX 番号	()		通知等送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先
事業所 E-Mail	@ *ご連絡は可能な限りメールで優先的に行いますのでできるだけご記入をお願いします。				

*受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認の範囲で利用いたします。

通知書送付先でご自宅を選択の場合、別紙に送付先住所をお書きください。

受講申込用紙にご記入後、Faxにてお申し込みください。

●お問い合わせ先●



福岡シティ福祉サービス

FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE

〒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

通知書等送付先住所（自宅住所）

参加者氏名			
送付先住所	〒		
Tel		携帯	

参加者氏名			
送付先住所	〒		
Tel		携帯	

参加者氏名			
送付先住所	〒		
Tel		携帯	

参加者氏名			
送付先住所	〒		
Tel		携帯	

参加者氏名			
送付先住所	〒		
Tel		携帯	

送付先に自宅を選択の場合、記入していただき、セミナー受講申込書と一緒に FAX 送信してください