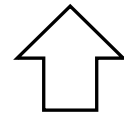


# 資料請求・お問合せ



FAX 送信先  
092-883-1142

送信方向

事業所名	法人名がある場合、事業所名の前に記入をお願いします。
ご連絡区分	<input type="checkbox"/> 資料請求 <input type="checkbox"/> ご質問 <input type="checkbox"/> ご相談 <input type="checkbox"/> その他
ご希望送付資料名	<input type="checkbox"/> 介護保険代行サービス <input type="checkbox"/> 介護保険請求・返戻代行サービス <input type="checkbox"/> 介護事務アウトソーシング <input type="checkbox"/> 職員(スキルアップ)研修・介護保険請求講座 <input type="checkbox"/> 【通学】介護保険事務士・上級養成講座 <input type="checkbox"/> 【通信】介護事務士養成講座—介護事務 Web 講座
資料送付先	〒 建物名がある場合、名称までお書きください。
お問い合わせ内容	
ご担当者名またはお名前(フリガナ)	
ご担当者名またはお名前(漢字)	
役職名	
E-Mail	@
電話番号	
FAX	

\*個人情報(氏名、住所、電話番号等)は、当該サービスに関する通知等の送付および本サービスに関する連絡の際の本人確認の範囲で利用いたします。

用紙にご記入後、Fax 送信をお願いします。

## ●お問い合わせ先●



福岡シティ福祉サービス

〒819-0005 福岡市西区内浜 1-3-39 山根ビル 405    Tel 092-883-9144    Fax092-883-1142

FUKUOKA CITY  
WELFARE SERVICE