

FAX 送信先
092-883-1142 または
050-2025-6063

セミナー受講申込書【団体用】



送信方向

講座名	認知症の理解と BPSD ~認知症の理解と周辺症状、介護記録から介護計画立案まで~					
セミナー期日	【福岡】 ①令和2年2月16日 ②2月23日 【熊本】 ③令和2年2月22日 ④2月29日 *下記参加希望日に該当する番号に✓を入れてください。	セミナー時間	10:30 ~16:00			
参加者	参加希望日	氏名	フリガナ	性別	生年月日	勤務年数
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<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



福岡シティ福祉サービス 〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE

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