

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	介護請求・返戻・査定についてマスターしよう!～介護給付費請求と国保連審査～					
セミナー期日	福岡会場 ①【基礎編】平成 28 年 6 月 21 日 ②【応用編】6 月 29 日 熊本会場 ③【基礎編】平成 28 年 6 月 17 日 ④【応用編】6 月 24 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□ ②□ ③□ ④□			□男 □女	昭和・平成 年 月 日	
	①□ ②□ ③□ ④□			□男 □女	昭和・平成 年 月 日	
	①□ ②□ ③□ ④□			□男 □女	昭和・平成 年 月 日	
	①□ ②□ ③□ ④□			□男 □女	昭和・平成 年 月 日	
	①□ ②□ ③□ ④□			□男 □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	□自宅 □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 〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-1 カイザー姪浜 201

1Tel 092-883-9144 Fax092-883-1142

FUKUOKA CITY  
WELFARE SERVICE

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