

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	介護計画書を立案・作成しよう! ～情報収集と課題分析・計画立案～						
セミナー期日	【A日程】 ①(第1日目)平成28年8月19日 ②(第2日目)8月26日 【B日程】 ③(第1日目)平成28年8月22日 ④(第2日目)8月30日				下記参加日時 に✓を入れて ください	セミナー 時間	10:30 ～ 16:00
参加者	参加日時	氏名	フリガナ	性別	生年月日	勤務 年数	
	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④			<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 〒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