



講座名	【追加開催!!】適切な介護記録表現とリスクマネジメント対策を身につけよう ～実地指導対策と身を守る術の対策と傾向～					
セミナー期日	①【第1回目】平成28年10月21日(金) ②【第2回目】27日(木) 下記参加希望日に番号に✓を入れてください。				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□			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	①□ ②□			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	①□ ②□			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	①□ ②□			<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

Tel 092-883-9144

Fax 092-883-1142

E-mail fukuoka-fukushi@pro.odn.ne.jp

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