

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		サービス提供責任者 ～業務範囲と業務別解説・加算解釈～				
セミナー期日		【A 日程】 (第 1 回) 平成 29 年 1 月 17 日① (第 2 回) 1 月 27 日② 【B 日程】 (第 1 回) 平成 29 年 1 月 24 日③ (第 2 回) 1 月 31 日④ 下記に参加希望日時に✓をお願いします			開催 時間	10 : 30 ～16 : 00
参加者	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

Tel 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