

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	【春日】	①平成31年1月16日	②1月31日	セミナー 時間 10:30～16:00
	【福岡】	③平成31年1月17日	④1月22日	
	【熊本】	⑤平成31年1月23日	⑥1月28日	
	*下記参加希望日に該当する番号に✓を入れてください。			

参加者	参加希望日	氏名	フリガナ	性別	勤務年数
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

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 カイザー姫浜 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