

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	介護記録とリスクマネジメント ～個人情報の管理と実地指導対策～					
セミナー期日	平成 27 年 11 月 17 日 (火) ・ ・ ①	* 下記参加希望日に該当する	セミナー	13 : 30		
	平成 27 年 11 月 24 日 (火) ・ ・ ②	番号に✓を入れてください。	時間	～ 16 : 30		
参加者	参加希望日	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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> ・ ・ ① <input type="checkbox"/> ・ ・ ②			<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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> ・ ・ ① <input type="checkbox"/> ・ ・ ②			<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"/> 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 1-3-39 山根ビル 405 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