

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	H30 介護報酬改定について～インセンティブと自立型ケアプラン、社会参加～					
セミナー期日	(A 日程) ①平成 30 年 3 月 10 日 (B 日程) ②3 月 24 日 (C 日程) ③平成 30 年 3 月 30 日	セミナー 時間	10 : 30 ～16 : 00			
* 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	生年月日	勤務 年数
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成 年 月 日	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>			<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



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 Fax092-883-1142

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