



独立行政法人福祉医療機構 経営支援室 セミナー担当 行き (送付書は不要です)
 11月28日(月) 午前10時より先着順にて受付 申込先 FAX: 03-3438-0371



軽費老人ホーム経営セミナー

— 生活支援施設としての軽費老人ホーム (ケアハウス) —

1. 受講申込者 3名様以上でお申込みされる場合には、コピーしてご使用ください。

| 氏名 | 役職名 | 役職・職種に該当するものを選択してください。 (該当の□欄をチェックしてください) |
|-----|-----|--|
| フガナ | | <input type="checkbox"/> 社会福祉法人役員 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人職員 <input type="checkbox"/> 医療法人役員 <input type="checkbox"/> 医療法人職員 <input type="checkbox"/> 行政等職員 <input type="checkbox"/> 社協等職員 <input type="checkbox"/> 公認会計士・税理士 <input type="checkbox"/> 民間金融機関 <input type="checkbox"/> 一般企業・経営コンサルタント <input type="checkbox"/> その他() |
| フガナ | | <input type="checkbox"/> 社会福祉法人役員 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人職員 <input type="checkbox"/> 医療法人役員 <input type="checkbox"/> 医療法人職員 <input type="checkbox"/> 行政等職員 <input type="checkbox"/> 社協等職員 <input type="checkbox"/> 公認会計士・税理士 <input type="checkbox"/> 民間金融機関 <input type="checkbox"/> 一般企業・経営コンサルタント <input type="checkbox"/> その他() |

2. 受講票送付先

勤務先 ・ 自宅

←いずれかに○印をつけ、ご自宅を希望される方は、氏名までご記入ください。

| | | | |
|-----------------------|--------|--------|-------|
| ご住所 | (〒 -) | | |
| 送付先名称 (法人名・施設名・氏名) | | | |
| 電話番号 (日中ご連絡先) | () - | FAX 番号 | () - |

3. 主に経営されている施設についてご記入ください。(該当の□欄をチェックしてください)

| | |
|------|--|
| 施設名 | |
| 施設種類 | ① <input type="checkbox"/> 軽費老人ホームA型 ② <input type="checkbox"/> 軽費老人ホームB型 ③ ケアハウス → (<input type="checkbox"/> 一般型 <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 一般・特定混合) ④ <input type="checkbox"/> その他() |
| 定員数 | () 人 |

4. 講師へのご質問、その他ご要望があればご記入下さい。

また、車椅子で来場される方についても、こちらにご記入ください。

5. 当日は、社会福祉施設等の融資に関するご相談を承ります。ご相談希望の方はこちらにチェックをお願いします。

申込み確認後、こちらから相談票をお送りさせていただきます。

相談あり

●お申込みいただき、ありがとうございました。受講ハガキを、後日お送りさせていただきます。

1

※受講申込書よりいただいた個人情報については、「独立行政法人等の保有する個人情報に関する法律」により厳重に管理し、受講受付確認及び当機構セミナーのご案内(共催・後援を含む)など、セミナー事業関連のみに利用させていただきます。