

WEBシステムによるお申し込みを開始しました。

受講者変更もWEBシステムで操作できるようになりました。
詳しくは福祉医療機構ホームページ(<http://www.wam.go.jp/hp>)をご覧ください。

介護老人保健施設経営セミナー 受講申込書

共催 : 独立行政法人 福祉医療機構
公益社団法人 全国老人保健施設協会

1. 新規 2. 内容変更 3. 参加取消 4. キャンセル待ち ←いずれかに○をつけてください。

1. 受講希望会場

東京会場 11月9日(金)

2. 受講申込者

氏名	役職名	役職・職種	いずれかに○をつけてください。
フリガナ		1. 医療法人役員	2. 医療法人職員
		3. 社会福祉法人役員	4. NPO法人役員
		5. 一般企業(福祉・医療)役員	6. 一般企業(コンサル等)役員
		7. 行政等職員	8. 会計士・税理士
		9. 金融機関職員	10. その他()
氏名	役職名	役職・職種	いずれかに○をつけてください。
フリガナ		1. 医療法人役員	2. 医療法人職員
		3. 社会福祉法人役員	4. NPO法人役員
		5. 一般企業(福祉・医療)役員	6. 一般企業(コンサル等)役員
		7. 行政等職員	8. 会計士・税理士
		9. 金融機関職員	10. その他()

3. ご住所等

1. 勤務先 2. 自宅 ←いずれかに○をつけてください。

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

4. 経営されている施設・事業

1. 介護老人保健施設 2. 病院(高度急性期) 3. 病院(急性期) 4. 病院(回復期)
5. 病院(慢性期) 6. 病院(精神科) 7. 診療所 8. その他()

5. 融資のご利用

1. あり 2. なし

6. ご連絡事項がある場合はご記入ください。

--

※ 本セミナーの申込受付等につきましては、「株式会社日本旅行 公務法人営業部 ECP営業部」に業務を委託しております。
※ ご提出いただいた顧客情報は、福祉医療機構・業務委託先において、適切に保管・廃棄等の管理を行っており、経営サポート事業のために使用するほか、機構の他事業間で共有することがあります。詳細は当機構ホームページ「顧客情報の取扱いについて」をご覧ください。
※ 当機構は反社会的勢力との関係を遮断し、排除するため、警察等関係機関とも連携して適切に対応しています。詳細は当機構ホームページの「コンプライアンスの取組」をご覧ください。
※ お身体の不自由な方、病気やけがをされている方など、受講に際してお手伝いが必要な場合には「6. ご連絡事項がある場合にはご記入ください。」欄にてお知らせください。



申込先 FAX: 03-3437-3944

株式会社日本旅行 公務法人営業部 ECP 営業部 あて(送付書は不要です)

平成30年8月31日(金) 10:00受付開始