



名鉄観光サービス株式会社 新霞が関支店あて (送付書は不要です)

申込先 FAX : 03-3595-1119

平成 28 年 5 月 9 日 10:00 受付開始

主催：独立行政法人福祉医療機構

社会福祉施設経営実務・開設セミナー受講申込書

平成28年7月1日(金):大阪会場

1.新規・2.内容変更・3.参加取消 ←いずれかに○をつけてください

1. 受講申込者

氏名	役職名	現在、または施設開設後の役職・職種の該当の番号に○をつけてください
フリガナ		1.社会福祉法人役員 2.社会福祉法人職員 3.医療法人役職員 4.行政等職員 5.公認会計士・税理士 6.一般企業等 7.その他()
フリガナ		1.社会福祉法人役員 2.社会福祉法人職員 3.医療法人役職員 4.行政等職員 5.公認会計士・税理士 6.一般企業等 7.その他()

2. 受講票・振込案内書送付先

1.勤務先・2.自宅

← いずれかに○をつけてください。自宅の場合はご担当者欄に氏名をご記入ください。

ご住所	(〒 -)		
送付先名称			
法人名			
施設名		ご担当者	
電話番号 (日中ご連絡先)		FAX番号	

3. ご経営されている主な施設・ご計画中の施設について

施設種類	施設の状況
1.特別養護老人ホーム 2.介護老人保健施設 3.軽費老人ホーム(ケアハウス) 4.保育所 5.障害者福祉施設 6.施設なし 7.その他()	1.既設 2.新設 3.施設なし
これまで当機構の融資のご利用はありますか	有 ・ 無

4. ご連絡事項がある場合はご記入ください。(当日車椅子でご来場される方はその旨をご記入ください)

--

※ 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

申込先 FAX:03-3595-1119



名鉄観光サービス株式会社 新霞が関支店あて (送付書は不要です)

申込先 FAX : 03-3595-1119

平成 28 年 5 月 9 日 10:00 受付開始

主催：独立行政法人福祉医療機構

社会福祉施設経営実務・開設セミナー受講申込書

平成28年7月8日(金):東京会場

1.新規・2.内容変更・3.参加取消 ←いずれかに○をつけてください

1. 受講申込者

氏名	役職名	現在、または施設開設後の役職・職種の該当の番号に○をつけてください
フリガナ		1.社会福祉法人役員 2.社会福祉法人職員 3.医療法人役職員 4.行政等職員 5.公認会計士・税理士 6.一般企業等 7.その他()
フリガナ		1.社会福祉法人役員 2.社会福祉法人職員 3.医療法人役職員 4.行政等職員 5.公認会計士・税理士 6.一般企業等 7.その他()

2. 受講票・振込案内書送付先

1.勤務先・2.自宅

← いずれかに○をつけてください。自宅の場合はご担当者欄に氏名をご記入ください。

ご住所	(〒 -)		
送付先名称			
法人名			
施設名		ご担当者	
電話番号 (日中ご連絡先)		FAX番号	

3. ご経営されている主な施設・ご計画中の施設について

施設種類	施設の状況
1.特別養護老人ホーム 2.介護老人保健施設 3.軽費老人ホーム(ケアハウス) 4.保育所 5.障害者福祉施設 6.施設なし 7.その他()	1.既設 2.新設 3.施設なし
これまで当機構の融資のご利用はありますか	有 ・ 無

4. ご連絡事項がある場合はご記入ください。(当日車椅子でご来場される方はその旨をご記入ください)

--

※ 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。

申込先 FAX:03-3595-1119