



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。)

平成29年8月16日(水) 10:00受付開始

主催：独立行政法人福祉医療機構

# 特別養護老人ホーム経営セミナー受講申込書

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. 受講希望会場 ご希望の会場のいずれかに○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	東京会場	10月27日(金)	<input type="checkbox"/>	大阪会場	11月2日(木)
--------------------------	------	-----------	--------------------------	------	----------

2. 受講申込者 3名様以上でお申しいただく場合は、コピーしてご使用ください。

氏名	役職名	該当する役職・職種番号に○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. 医療法人役員	4. NPO法人役員
		5. 行政等職員	6. 公認会計士・税理士
		7. 金融機関	8. 一般企業・経営コンサルタント
		9. 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. 医療法人役員	4. NPO法人役員
		5. 行政等職員	6. 公認会計士・税理士
		7. 金融機関	8. 一般企業・経営コンサルタント
		9. その他( )	

3. 受講票送付先  勤務先・ 自宅 ← いずれかに○をつけてください。自宅の場合は送付先名称に氏名をご記入ください。

ご住所	(〒 - )		
ご送付先名称 (法人名・施設名等)			ご担当者
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 経営されている施設・事業をお選びください。(複数可)

1. 特別養護老人ホーム	2. その他( )
--------------	-----------

5. 融資のご利用 これまで当機構融資のご利用はありますか。

有  無

6. 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。)

--

※ 本セミナーの申込受付等につきましては、「名鉄観光サービス株式会社 新霞が関支店」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。