



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4月25日(火) 10:00受付開始

主催：独立行政法人福祉医療機構

## 社会福祉法人会計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	7月14日(金)	<input type="checkbox"/>	大阪会場	7月27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	該当される役職・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. 医療法人役員職員 4. NPO法人役員職員 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. 医療法人役員職員 4. NPO法人役員職員 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. ご経営されている施設・事業 ご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. 軽費老人ホーム	3. 介護老人保健施設
4. 障害者支援施設	5. 障害福祉サービス事業	6. 保育所・認定こども園
7. 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。