

WEBシステムによるお申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。

## 社会福祉施設経営実務セミナー 受講申込書

(主催 : 独立行政法人 福祉医療機構)

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 いずれかに○をつけてください。

東京会場 7月6日(金)

大阪会場 7月26日(木)

2. 受講申込者

氏名	役職名	役職・職種
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. NPO法人役職員 5. 一般企業(福祉・医療)役職員 6. 一般企業(コンサル等)役職員 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
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. NPO法人役職員 5. 一般企業(福祉・医療)役職員 6. 一般企業(コンサル等)役職員 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 いずれかに○をつけてください。

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. 障害福祉サービス事業  
5. 障害児通所支援事業、入所支援事業 6. 保育所・認定こども園 7. その他( )

5. 融資のご利用 いずれかに○をつけてください。

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、病氣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4月24日 (火) 10:00受付開始