



平成24年度 社会福祉施設開設・経営実務セミナー 受講申込書

1. 受講希望会場 ご希望の会場に○印をおつけください。

	大阪会場 (6月28日～29日)
--	---------------------

	東京会場 (7月12日～13日)
--	---------------------

2. 受講申込者 3名以上でお申込み頂く場合は、コピーの上ご使用ください。

氏名	役職名	現在、または施設開設後の役職・職種の 該当の□欄をチェックしてください
フリガナ		<input type="checkbox"/> 社会福祉法人役員 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人職員 <input type="checkbox"/> 医療法人役員 <input type="checkbox"/> 医療法人職員 <input type="checkbox"/> 行政等職員 <input type="checkbox"/> 社協等職員 <input type="checkbox"/> その他()
フリガナ		<input type="checkbox"/> 社会福祉法人役員 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人職員 <input type="checkbox"/> 医療法人役員 <input type="checkbox"/> 医療法人職員 <input type="checkbox"/> 行政等職員 <input type="checkbox"/> 社協等職員 <input type="checkbox"/> その他()

3. 受講票送付先

勤務先 ・ 自宅

←いずれかに○印をつけ、ご自宅を希望される方は、氏名までご記入ください。

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

4. 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	入所(通所)定員数	施設開設予定時期
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 障がい者福祉施設 <input type="checkbox"/> その他()	()人	<input type="checkbox"/> 新設(平成 年 月開設予定) <input type="checkbox"/> 既設(平成 年 開設)
これまでに当機構の貸付のご利用はありますか		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

5. 講師へのご質問、その他ご要望があればご記入ください。

また、車椅子で来場される方についても、こちらにご記入ください。

6. 当日は融資に関する個別相談と退職手当共済事業に関する相談を承ります。

ご相談ご希望の方は、こちらにチェックをお願いします。申込み確認後、こちらから相談票をお送りさせていただきます。

<input type="checkbox"/> 社会福祉事業施設 の融資に関するご相談	<input type="checkbox"/> 医療施設等 の融資に関するご相談	<input type="checkbox"/> 退職手当共済事業 に関するご相談
-------------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------

お申込みいただき、ありがとうございました。受講ハガキにつきましては、後日郵送させていただきます。

※ 受講申込書よりいただいた個人情報については、「独立行政法人等の保有する個人情報に関する法律」により厳重に管理し、受講受付確認及び当機構セミナーのご案内(共催・後援を含む)など、セミナー事業関連のみに利用させていただきます。

※ 反社会的勢力および反社会的勢力と密接な関係にある方はお申込みできません。詳しくは当機構ホームページの「反社会的勢力に対する方針」をご覧ください。