

## 平成27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。

<input type="checkbox"/> 東京会場 (7月9日~10日)	<input type="checkbox"/> 大阪会場 (7月22日~23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"/> 医療法人役職員 <input type="checkbox"/> 行政等職員 <input type="checkbox"/> 社協等役職員 <input type="checkbox"/> 公認会計士・税理士 <input type="checkbox"/> 一般企業・コンサルタント <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"/> 医療法人役職員 <input type="checkbox"/> 行政等職員 <input type="checkbox"/> 社協等役職員 <input type="checkbox"/> 公認会計士・税理士 <input type="checkbox"/> 一般企業・コンサルタント <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融資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。

ご相談希望の方は以下の欄にチェックをされ、ご相談内容のご記入をお願いします。なお、融資相談のお申込みを多数頂いた場合、お一人様(1法人様)に対し、15分程のご相談時間となってしまう場合がございますので、ご了承願います。

<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
(ご相談内容について記入してください。)		

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。

- ※ ご提出いただいた顧客情報は、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。