

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。

介護老人保健施設経営セミナー 受講申込書

共催：独立行政法人 福祉医療機構
公益社団法人 全国老人保健施設協会

1. 新規 2. 内容変更 3. 参加取消 4. キャンセル待ち ーいずれかに○をつけてください。

1. 受講希望会場

東京会場 11月9日(金)

2. 受講申込者

氏名	役職名	役職・職種	いずれかに○をつけてください。
フリガナ		1. 医療法人役員	2. 医療法人職員
		3. 社会福祉法人役員	4. NPO法人役員
		5. 一般企業(福祉・医療)役員	6. 一般企業(コンサル等)役員
		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	いずれかに○をつけてください。
フリガナ		1. 医療法人役員	2. 医療法人職員
		3. 社会福祉法人役員	4. NPO法人役員
		5. 一般企業(福祉・医療)役員	6. 一般企業(コンサル等)役員
		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 ーいずれかに○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 ーいずれかに○をつけてください。

1. 介護老人保健施設	2. 病院(高度急性期)	3. 病院(急性期)	4. 病院(回復期)
5. 病院(慢性期)	6. 病院(精神科)	7. 診療所	8. その他()

5. 融資のご利用 ーいずれかに○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、病気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8月31日(金) 10:00受付開始