

申込日 平成 年 月 日

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会(村上、伊藤、忍那) 行
FAX:03-5211-7706

※開催要項をご確認のうえ、すべての項目にもれなく記入または○印をお付けください。

※4名様以上でお申込みの場合は、コピーしてご使用ください。

※本申込書到着をもって参加申し込み完了とさせていただきます。参加券等の発行は行いません。

介護報酬改定決起セミナー 参加申込書

ふりがな		職業	性別	男・女	年齢	代
参加者名						
ふりがな		職業	性別	男・女	年齢	代
参加者名						
ふりがな		職業	性別	男・女	年齢	代
参加者名						

※医療・介護従事者の方は下記にご記入ください。

ふりがな									
事業所名									
事業所住所 TEL/FAX	〒 _____								
	TEL _____				FAX _____				
E-mail									
会員No. <small>※全国老施協会員のみ</small>									

【個人情報保護の取扱いについて】

※ 本セミナーの参加申込書にご記入された個人情報は、運営管理の目的のみに使用させていただきます。

※ お申込み後、ご都合によりキャンセルされる場合は、恐れ入りますがFAXまたはメール等書面にて本会事務局までお知らせください。