

2015(平成27)年度 介護施設管理士認定試験 対策講座 受講申込書(FAX用)

送
信
先
F
A
X
番
号
0
3
5
6
8
7
1
1
7
3

申込日	2015(平成27)年 月 日		
お名前	フリガナ		性別
	姓	名	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
生年月日	※注1 西暦19 年 月 日 (本人確認用です。)		
ご住所	〒	都道 府 県	区 市 郡
ご職業	※注2		
電話番号	※注3 () -		
連絡方法	※注4 メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/>		
	今後組合からホームページによる情報提供、メールマガジンの送付等をよいていしていますので 極力メールの受信が可能なようにお願いします。(携帯メールを除きます)		
	※注5 メールアドレス @		
	FAX番号 () -		
セミナー 会場	関西会場 <input type="checkbox"/>	大阪市東淀川区東中島 1-17-5	受付開始 12:00 講義 12:30~17:00
	10月17日(土) <input type="checkbox"/>	「 스튜디오新大阪」会議室	
受講料	受講料: 8,640円 (消費税込)		
振込方法 9月28日 (月)までに 振込願いま す。	郵便局 <input type="checkbox"/>	振替口座: 00170 - 1 - 262541	
	銀行 <input type="checkbox"/>	口座名義: 医療介護ネットワーク協同組合 三菱東京UFJ銀行 新宿中央支店 (469) 普通預金 口座番号: 3794535 口座名義: 医療介護ネットワーク協同組合	

※申込書に必要事項ご記入の上事務局宛にFAX、または郵送にて応募してください。

- ※注1 昭和生まれの方は、昭和年号+1925が西暦の年です。
平成生まれの方は、平成年号+1988が西暦の年です。
- ※注2 施設長、ケアマネージャー、介護福祉士等具体的に記入下さい。
- ※注3 市外局番からご記入下さい。
- ※注4 今後の情報提供等の受信方法を選択下さい。
- ※注5 0(数字)とo(英字)、1(数字)とi(英小文字)・l(英小文字)の区別がわかるようにご記入ください。

医療介護ネットワーク協同組合

〒111-0053 東京都台東区浅草橋3-20-11
エムズ浅草橋ビル

電話 : 03-5687-1171
FAX : 03-5687-1173
メール : mkimata@e-kaigonet.org
ホームページ : http://www.e-kaigonet.org