

2014(平成26)年度 介護施設管理士認定試験 対策テキスト 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	2014(平成26)年 月 日		
お名前	フリガナ		性別
	姓	名	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
ご住所	〒 - 都道 府県		区市 郡
ご職業	※注1		
電話番号	※注2 () -		
連絡方法	※注3 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けていますので 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4 メールアドレス @		
	FAX番号 () -		
テキスト	購入費： ¥7,920円 (本体=7,000・送料=360・消費税=560)		
振込方法	郵便局 <input type="checkbox"/>	振替口座： 00170 - 1 - 262541 口座名義： 医療介護ネットワーク協同組合	
	銀行 <input type="checkbox"/>	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。

申込書を送付の上、上記口座に購入代金をお振り込みください。

消費税、送料は含んでおります。振込手数料はご負担願います。

入金確認後、レターパックにて送付致します。

※注1 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2 市外局番からご記入下さい。固定電話、携帯電話のどちらでもかまいません。

※注3 今後の情報提供等の受信方法を選択下さい。

※注4 0(数字)とo(英字)、1(数字)とi(英小文字)
1(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5階
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