

## 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  
6  
4  
5  
0  
1  
2  
1  
9

申込日	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	〒      ー      都 道      区 市		府 県      郡
ご職業	※注1		
電話番号	※注2      (      )      ー		
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 (      )      ー		
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**  
〒105-0003 東京都港区西新橋3丁目4番1号  
西新橋ビル8階  
電話   : 03-6450-1215  
FAX   : 03-6450-1219  
メール  : mkimata@e-kaigonet.org  
ホームページ : http://www.e-kaigonet.org