

## 介護事業での外国人研修生受入セミナー申込書(FAX用)

送  
信  
先  
F  
A  
X  
番  
号  
0  
3  
6  
4  
5  
0  
1  
2  
1  
9

申込日	平成29年 月 日	開催日	2017(平成29)年5月23日(火)	
会社名				
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				
電話番号	( ) ー			
メールアドレス	@			
会場	公益財団法人 名取文化振興財団 名取市文化会館内会議室 電話：022(384)8900 〒981-1224 宮城県名取市増田字柳田 520 <a href="http://bunka.natori.or.jp/access/">http://bunka.natori.or.jp/access/</a>			
備考	<p>*1社2名以内の参加をお願いします。*</p> <p>2名参加の場合は、以下にお名前、フリガナ、性別をお書きください。</p>			

※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。

**医療介護ネットワーク協同組合**

〒105-0003 東京都港区西新橋3-4-1  
西新橋ビル 8階

電話：03-6450-1215  
FAX：03-6450-1219  
メール：otoiawase@e-kaigonet.org  
ホームページ：http://www.e-kaigonet.org