

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
5
6
8
7
1
1
7
3

申込日	平成28年 月 日	開催日	2016(平成28)年6月11日(土)	
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	千葉市美浜区 海浜幕張駅そば テクノガーデンD棟17階 「デンタルサポート株式会社」会議室			
受講料	受講料： 一名5,400円(消費税込) 振込手数料利用はご負担願います。			
振込方法	郵便局 <input type="checkbox"/>	振替口座： 00180-9-300593		
6月3日 までに振込願 います。	銀行 <input type="checkbox"/>	口座名義： 医療介護ネットワーク協同組合		
		東京シティ信用金庫(012) 普通 0724916 口座名義 医療介護ネットワーク協同組合 代表理事 木全 雅夫		
備 考	*1社2名以内の参加をお願いします。 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。			

※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。

<p>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 : otoiwase@e-kaigonet.org ホームページ : http://www.e-kaigonet.org</p>
--