



申込先 FAX : 03-3595-1119

名鉄観光サービス株式会社 新霞が関支店 あて(送付書は不要です。)

平成29年10月25日(水) 10:00受付開始

主催：独立行政法人福祉医療機構

## 子ども・子育て支援セミナー受講申込書

1.新規・2.内容変更・3.参加取消 ←いずれかに○をつけてください。

1. 受講希望会場 ご希望の会場のいずれかに○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	東京会場	1月12日(金)
--------------------------	------	----------

<input type="checkbox"/>	大阪会場	1月19日(金)
--------------------------	------	----------

2. 受講申込者 3名様以上でお申しいただく場合は、コピーしてご使用ください。

氏名	役職名	該当する役職・職種番号に○をつけてください。
フリガナ		1. 社会福祉法人役員 2. 社会福祉法人職員 3. 医療法人役職員 4. NPO法人役職員 5. 行政等職員 6. 公認会計士・税理士 7. 金融機関 8. 一般企業・経営コンサルタント 9. その他( )
フリガナ		1. 社会福祉法人役員 2. 社会福祉法人職員 3. 医療法人役職員 4. NPO法人役職員 5. 行政等職員 6. 公認会計士・税理士 7. 金融機関 8. 一般企業・経営コンサルタント 9. その他( )

3. 受講票送付先  勤務先  自宅 ← いずれかに○をつけてください。自宅の場合は送付先名称に氏名をご記入ください。

ご住所	(〒 - )		
ご送付先名称 (法人名・施設名等)			ご担当者
電話番号 (日中ご連絡先)		FAX番号	

4. 経営されている施設・事業 経営されている施設・事業をお選びください。(複数可)

<input type="checkbox"/> 1. 保育所	<input type="checkbox"/> 2. 認定こども園	<input type="checkbox"/> 3. 小規模保育所等	<input type="checkbox"/> 4. その他( )
---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

5. 融資のご利用 これまで当機構融資のご利用はありますか。

<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------------------------	----------------------------

6. ご連絡事項がある場合はご記入ください。(当日車椅子でご来場される方はその旨をご記入ください。)

--

※ 本セミナーの申込受付等につきましては、「名鉄観光サービス株式会社 新霞が関支店」に業務を委託しております。

※ ご提出いただいた顧客情報は、福祉医療機構・業務委託先において、適切に保管・廃棄等の管理を行っており、経営サポート事業のために使用するほか、機構の他事業間で共有することがあります。詳細は当機構ホームページ「顧客情報の取扱いについて」をご覧ください。

※ 当機構は反社会的勢力との関係を遮断し、排除するため、警察等関係機関とも連携して適切に対応しています。詳細は当機構ホームページの「コンプライアンスの取組」をご覧ください。