



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11月24日(金) 10:00受付開始

主催：独立行政法人福祉医療機構
医療施設整備・機能強化セミナー受講申込書
平成30年2月9日(金):東京会場

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。

Table with 3 columns: 氏名, 役職名, 該当する役職・職種番号に○をつけてください。 (Includes lists of roles like 医療法人役員, 社会福祉法人役員, etc.)

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

Form for recipient information including fields for 住所, ご送付先名称, ご担当者, 電話番号, and FAX番号.

3. 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)

Table with 8 columns listing facility types: 1. 病院(高度急性期), 2. 病院(急性期), 3. 病院(回復期), 4. 病院(慢性期), 5. 病院(精神科), 6. 介護老人保健施設, 7. 診療所, 8. その他

4. 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。

Form with checkboxes for 有 (Yes) and 無 (No).

5. 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。)

Large empty box for additional contact information or remarks.

※ 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、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。