

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9月11日(月) 10:00受付開始

主催：独立行政法人福祉医療機構  
共催：公益社団法人全国老人保健施設協会

## 介護老人保健施設経営セミナー受講申込書

平成29年11月10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名様以上でお申し込みいただく場合は、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. 医療法人役員 3. 社会福祉法人役員 5. 行政等職員 7. 金融機関 9. その他( )	2. 医療法人職員 4. NPO法人役員 6. 公認会計士・税理士 8. 一般企業・経営コンサルタント
フリガナ		1. 医療法人役員 3. 社会福祉法人役員 5. 行政等職員 7. 金融機関 9. その他( )	2. 医療法人職員 4. NPO法人役員 6. 公認会計士・税理士 8. 一般企業・経営コンサルタント

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。

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	

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)

1. 介護老人保健施設	2. 病院(高度急性期)	3. 病院(急性期)	4. 病院(回復期)
5. 病院(慢性期)	6. 病院(精神科)	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。

有  無

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。)

--

※ 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。

申込先 FAX:03-3595-1119