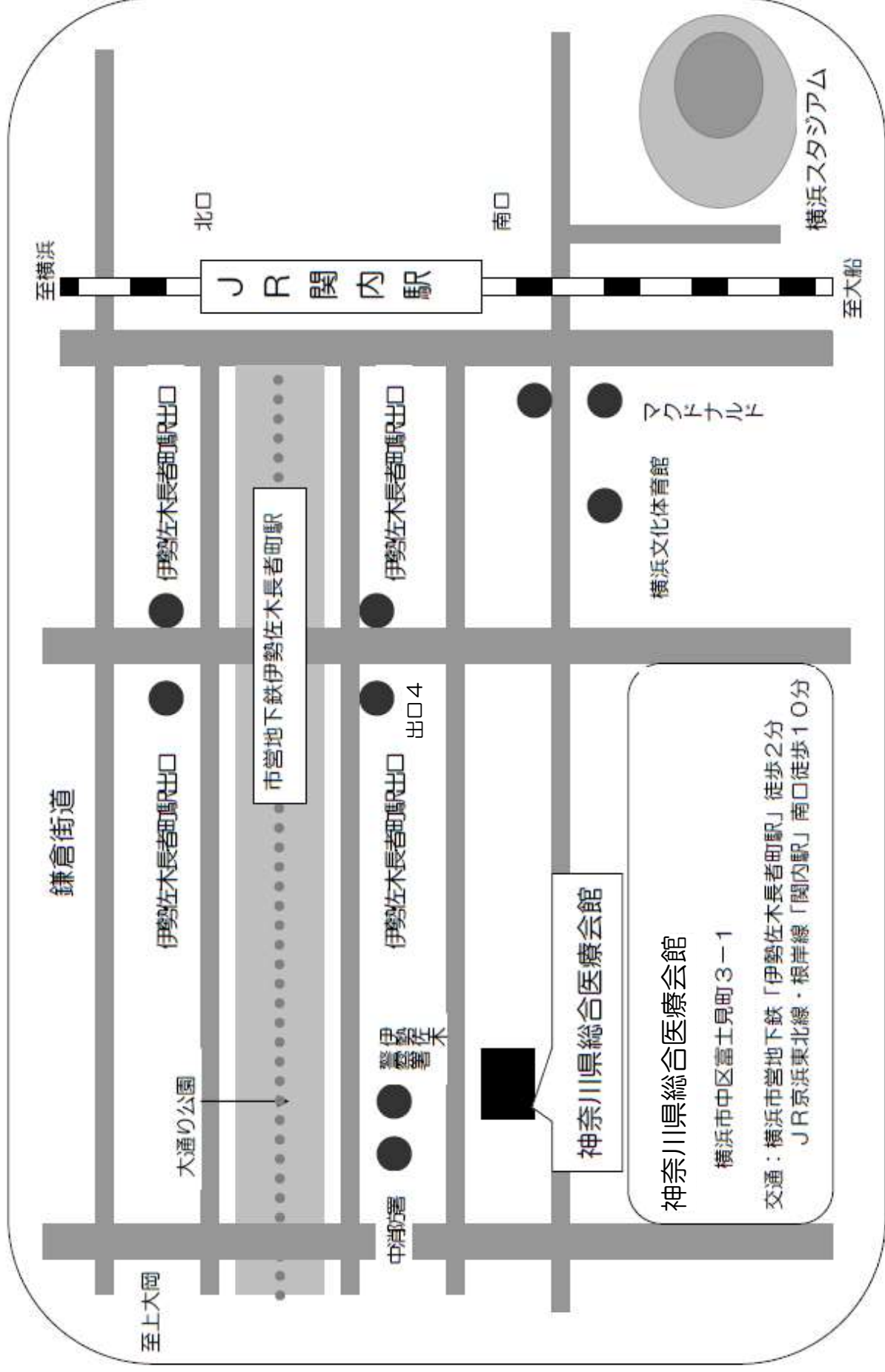




# 「神奈川県総合医療会館 案内図」

※駐車場はございませんので、公共交通機関をご利用下さい。



# 平成27年度 高齢者の権利擁護に関する研修 受講申込書

- 1 日 時 平成28年3月3日(木) 10:15～15:30
- 2 場 所 神奈川県総合医療会館 7階講堂 (神奈川県横浜市中区富士見町3-1)  
横浜市営地下鉄 伊勢佐木長者町駅 出口4 徒歩2分  
JR 関内駅南口 徒歩10分
- 3 受講料 1,500円
- 振込先 湘南信用金庫 横浜西口支店  
口座番号 普通預金 5060998  
口座名義 シャカイフクシ ホウジン カナガワケン シャカイフクシ ジギョウダン リジ アシザフシオ  
社会福祉法人 神奈川県社会福祉事業団 理事 芦澤敏夫
- 4 定 員 100 人
- 5 申込方法 ・受講料をあらかじめ上記振込先へお振り込みいただき、その振込金受取書の写しを  
下記に貼付してください。(振込手数料は申込者様でご負担願います)  
・申込書に必要事項をご記入の上、FAX:045-319-4315 へ送信してください。  
尚、併せてFAXが到達したかのご確認のお電話を  
研修センター(TEL:045-319-4310)までお願いします。  
・当日はこの受講申込書を受付にご提示ください。

受付開始 平成27年12月24日～ FAX:045-319-4315

|                    |      |                  |
|--------------------|------|------------------|
| 申込日 平成28年 月 日      |      |                  |
| 介護保険事業所番号(個人は無記入)  |      |                  |
| 施設・事業所名 (もしくは個人氏名) |      |                  |
| 施設・事業所住所(もしくは個人住所) |      |                  |
| 電話番号               |      | 振込金受取書の写し<br>貼付欄 |
| FAX番号              |      |                  |
| 1                  | フリガナ |                  |
|                    | 氏 名  |                  |
| 2                  | フリガナ |                  |
|                    | 氏 名  |                  |
| 3                  | フリガナ |                  |
|                    | 氏 名  |                  |
| 4                  | フリガナ |                  |
|                    | 氏 名  |                  |
| 5                  | フリガナ |                  |
|                    | 氏 名  |                  |

\* 記載した個人情報は、当講座以外で使用することはありません。

\* 納入された受講料は原則ご返金できません。申込後の変更やキャンセル等によるご返金もできませんのでご承知おきください。

\* 受講申込書の欄が足りない場合は、この用紙をコピーしてお使い下さい。

\* 事務所移転により記載の電話番号(ファクシミリ番号)12/24以降でないと通じませんのでご注意ください。