

平成29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30年2月21日(水) 10:00～14:40(受付9:45～)
- 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)
横浜市営地下鉄ブルーライン 伊勢佐木長者町駅下車 4番出口Bより 徒歩3分
JR 関内駅下車 南口より 徒歩10分
- 3 受講料 1,500円
振込先 みずほ銀行 横浜支店 普通預金 2962406
口座番号 フク カナガワケン シヤカイフクシ ジギョウダン ケンシュウ
口座名義 福)神奈川県社会福祉事業団 研修センター
- 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。

FAX:045-319-4315

申込日	平成	年	月	日	振込日	平成	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									
FAX番号									
1	フリガナ				振込金受取書の写し貼付欄				
	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、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。