

申込先 FAX:03(5470)6762



一般財団法人 長寿社会開発センター 地域包括ケア・介護研修部 地域包括ケア研修課 行

2019年度地域包括支援センター職員基礎研修 受講申込書

FAX送信日 2019年 月 日 ← (必ずご記入ください)

※申込書1枚につき、お一人様のご記入でお願いします。(複数の場合は用紙をコピーしてください)

※ご希望の日程を1か所のみ、下記欄に○印をつけてください。(申込後の変更はできかねます)

Table with columns: 希望, 日程(2日間), 会場, 定員, 申込締切日. It lists training dates and venues such as KK R Hotel Hakata and Learning Square.

Form for registrant details including fields for フリガナ (Surname), 氏名 (Name), 所属先名 (Institution Name), and 所属先住所等 (Institution Address).

※上記申込書の記入者が申込者本人でない場合、記入者氏名をご記入ください。

Form for registrant details (repeated) including fields for フリガナ (Surname) and 氏名 (Name).

\* 申込書にご記入いただいた個人情報は、本事業以外の目的では使用いたしません。但し、都道府県・指定都市からの求めに応じ、情報の提供、開示をする場合があります。ご了承ください。

注意事項

- お申込み後5日(土日祝日除く)経っても受講申込確認通知及び受講料の支払いについての文書が届かないことがありましたら、FAXの未着、郵便事故等が考えられますので、速やかに当センターまでお問い合わせください。
●受講料の振込みが確認された後、受講証を送付いたします。
●受講料の振込確認が取れない場合、申込みがあっても受講できません。
●受講証が届くまで、本申込書と受講申込確認通知はお手元に保管ください。
●申込書の記入者が本人でない場合、原則、受講申込確認通知等は記入者宛、受講証は受講者本人宛に送付いたします。
●受講者の所属先住所等と記入者の連絡先が異なる場合は、送信票等で必ずその旨ご連絡ください。
●お振り込みいただいた受講料は返金できません。