



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7月31日(月) 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

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. 受講希望会場 ご希望の会場のいずれかに○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	東京会場	10月6日(金)
--------------------------	------	----------

<input type="checkbox"/>	大阪会場	10月13日(金)
--------------------------	------	-----------

2. 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。

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 2. 医療法人職員 3. 社会福祉法人役員 4. NPO法人役員 5. 行政等職員 6. 公認会計士・税理士 7. 金融機関 8. 一般企業・経営コンサルタント 9. その他()
フリガナ		1. 医療法人役員 2. 医療法人職員 3. 社会福祉法人役員 4. NPO法人役員 5. 行政等職員 6. 公認会計士・税理士 7. 金融機関 8. 一般企業・経営コンサルタント 9. その他()

3. 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	

4. 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. 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)
4. 病院(精神科)	5. 介護老人保健施設	7. 診療所	8. その他()

5. 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

6. 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。