

# 事例に学ぶ地域包括ケアセミナー 参加お申込み用紙

セミナーを受講される方は参加申込書をご記入の上、下記FAX番号にお送りください。

【お申込み先】 **FAX : 019-604-0757**

【お申込み期限】 平成29年5月12日(金) FAX必着

必要事項をご記入の上、本紙をFAX送信してください。番号のお間違いにはご注意ください。  
お申し込み受付後、E-mailまたはお電話にて受付完了のご連絡をさせていただきます。  
なお、定員に達し次第締め切らせていただきますので、お早めのお申し込みをお願い致します。  
下記【お客様の個人情報の利用目的】に同意の上、各項目にご記入ください。

|     |                              |
|-----|------------------------------|
| 日時  | 平成29年5月21日(日) 10:30~15:00    |
| 会場  | 青森県労働福祉会館 4階会議室(青森駅からタクシー3分) |
| 対象  | 医療法人・社会福祉法人の職員様              |
| 定員  | 先着30名様                       |
| 受講料 | おひとり 1,000円(お弁当付)            |
| 主催  | 株式会社ワイズマン                    |

|        |            |
|--------|------------|
| 施設名    |            |
| ご参加者   | 氏名① (職種: ) |
|        | 氏名② (職種: ) |
|        | 氏名③ (職種: ) |
| ご住所    | 〒<br>----- |
| お電話    |            |
| E-Mail |            |

※複数名でお申込みいただく場合は、代表者様メールアドレスをご記入ください。

<お客様の個人情報の利用目的>

お客様の個人情報は、本セミナーに関する当社からのご連絡と、セミナー後の当社および指導講師からのご連絡、情報提供のために使用いたします。入手した個人情報は正当な理由なしに第三者に提供することはいたしません。

セミナーの詳しい内容やお申込みについてはお気軽にお問い合わせください。

 お問い合わせ先/株式会社ワイズマン 販売促進課 (担当:前川/谷崎)

岩手県盛岡市盛岡駅西通2-11-1 Tel:0120-442-993(受付時間 平日9:30~18:00)

