

経営強化セミナー申込み用紙

以下の各欄に必要事項をご記入のうえ、下記 FAX 番号までお送りください。

※セミナーはいくつでも(1 つからでも)ご参加いただけます。

法人名			
施設・事業所名			
連絡先住所	〒		
TEL/FAX	TEL	FAX	
参加者①	氏名	所属	役職
	(フリガナ)		
	参加セミナー (○をつける) : セミナー①/セミナー②/セミナー③/セミナー④		
参加者②	氏名	所属	役職
	(フリガナ)		
	参加セミナー (○をつける) : セミナー①/セミナー②/セミナー③/セミナー④		
参加者③	氏名	所属	役職
	(フリガナ)		
	参加セミナー (○をつける) : セミナー①/セミナー②/セミナー③/セミナー④		
参加者④	氏名	所属	役職
	(フリガナ)		
	参加セミナー (○をつける) : セミナー①/セミナー②/セミナー③/セミナー④		

【申し込み先】

「信州介護人材誘致・定着事業事務局」 特定非営利活動法人 SCOP 内

F A X : 0 2 6 3 - 3 6 - 9 1 8 5

【個人情報の取り扱いについて】

申込時に取得した個人情報につきましては、個人情報保護法に基づき適切に管理し、本事業以外の目的で利用することはありません。