介護施設管理士認定試験対策講座参加希望
申込書（ＦＡＸ用）

送信先FAX番号 03-5687-1173

お名前	フリガナ 姓	名	性別	□男 □女
ご住所	〒　　－ 都道府県　　市区郡			
電話番号	※注1　（　　）　　－			
生年月日	※注2　西暦19　　年　　月　　日			
連絡方法	今後組合からホームページによる情報提供、メールマガジンの送付等を予定していますので、極力メールの受信が可能なようにお願い致します。 ※注3　メールアドレス　　@ 電話　（　　）　　－			
参加会場	□8月28日（金）関東会場　□9月11日（金）関東会場 □9月15日（火）関西会場 **各回とも、受付開始は12：30、講義は13：00～17：00です。**			
参加費用欄	□テキスト必要15,000円　□テキスト不要8,000円（テキスト購入済） **参加費用は受講当日に、現金でお支払いください。** **定員になり次第締め切ります。**			
ご職業	※注4			

※注1 市外局番から記入してください。
固定電話・携帯電話どちらでもかまいません。

※注2 昭和生まれの方は、昭和 年号＋1925 が西暦の年です。
大正生まれの方は、大正 年号＋1911 が西暦の年です。
なお、18歳未満の方は受講できません。

※注3 0（数字）とo（英字）、1（数字）とi（英小文字）などの区別がわかるようにご記入ください。

※注4 施設長、ケアマネージャー、介護福祉士など具体的にご記入願います。

医療介護ネットワーク協同組合
株式会社介護マネジメント
電話　03-5687-1311
FAX　03-5687-1173
メール　mkimata@e-kaigonet.org
ホームページ　http://www.e-kaigonet.org