

日本福祉大学第12回ケアマネジメント研究セミナー参加申込書

職場で複数人のお申し込みの場合も、お一人様1枚ずつご記入ください。 申込日 年 月 日

(フリガナ) 氏名	(男・女)	E-mail アドレス
	(年齢 歳)	学籍番号 (本学院生・学生の場合のみ記入)
勤務先・ 所属先名称		職種名 (在職年数 年)
勤務先・ 所属先住所	〒 — TEL () — FAX () —	
自宅住所	〒 — TEL () — FAX () —	
連絡先	事務局からの連絡がある場合に、希望する連絡先にチェック☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	

※分科会参加者名簿（氏名・勤務先）を作成し講師への参加者情報として使用いたします。
※ご記入いただきました個人情報は本セミナーでの使用、日本福祉大学主催のセミナー案内以外には使用いたしません。

◆参加希望日にチェック☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 2日間通し	<input type="checkbox"/> 2月25日(土)のみ	<input type="checkbox"/> 2月26日(日)のみ
--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

※参加費：2日間通し…5,000円／1日のみ…3,000円 *本学院生・学生は3,000円（一日のみでも）
※定員に達し次第、締め切ります。

◆2日目（2月26日(日)）に参加をご希望の方は、ご希望の分科会にチェック☑を入れてください。

分科会选择	第1希望	<input type="checkbox"/> 【A】	<input type="checkbox"/> 【B】	<input type="checkbox"/> 【C】	<input type="checkbox"/> 【D】
	第2希望	<input type="checkbox"/> 【A】	<input type="checkbox"/> 【B】	<input type="checkbox"/> 【C】	<input type="checkbox"/> 【D】

◆出張依頼状について

所属長への「出張依頼状」を希望される方は以下に情報を記入してください。後日、希望連絡先宛てに書類を送付します。

所属機関名称	所属長職名・氏名
--------	----------

FAX送付先：0569-87-3973（日本福祉大学研究課）