

介護リスクマネジメント・動画セミナー申込書

	申込日	2020年5月10日	6月1日であれば6/1と半角でご記入ください		
主催者	名称	社会福祉法人〇〇県社会福祉協議会			
	所在地	〒 171-0021	豊島区西池袋5丁目26-15 久保田ビル2F		
	主催者担当者	氏名	山田 滋	連絡先TEL	TEL:03-5995-2275
メールアドレス		s-yamada@anzen-kaigo.com			
申込内容	セミナータイトル	高齢者施設のリスクマネジメント			
	主催者区分	介護事業者団体	<input type="radio"/>	いずれかに〇をご記入ください	
		介護事業法人	<input type="checkbox"/>		
		セミナー事業者	<input type="checkbox"/>		
	配信開始日	2020年6月1日	申込日の10日後以降に設定して下さい		
	配信期間	1ヶ月	<input type="radio"/>	いずれかに〇をご記入ください	
2ヶ月		<input type="checkbox"/>			
3ヶ月		<input type="checkbox"/>			
視聴料（税別）	80,000	ご確認いただきましたら〇をご記入ください			
請求関係	請求書送付先	主催者と同じ	<input type="radio"/>	主催者と同じ場合は〇を主催者以外の場合は下記にご記入ください	
	(主催者以外)	名称			
		所在地	〒		
		担当者			

[株式会社安全な介護 記入欄]

受付No.		受付日		受付者	
講師名		実施日		資料	
備考					