

介護リスクマネジメントセミナー申込書 (講師派遣依頼書)

- ・照会の段階では不明な点は記入の必要はありません。
- ・希望されるセミナーテーマは別紙一覧からお選び下さい。
- ・セミナー一覧以外の内容をご希望の場合は具体的にご記入ください

主催者	名称												
	所在地												
	主催者担当者	氏名				連絡先Tel							
メールアドレス					連絡先Fax								
依頼内容	希望テーマ・内容												
	講師名	<input type="checkbox"/> 山田 滋		<input type="checkbox"/> 川村 亜希									
	受講対象者	業種	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他										
		職種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 事務長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他										
		受講者数	名予定										
	実施希望日時	第一希望	日にち	2013	年	月	日	開始	時	分	終了	時	分
		第二希望	日にち		年	月	日	開始	時	分	終了	時	分
		第三希望	日にち		年	月	日	開始	時	分	終了	時	分
	実施場所(予定)	名称	<input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 決定										
		住所											
最寄駅からのアクセス													
送迎の有無	<input type="checkbox"/> あり						<input type="checkbox"/> なし						
請求書類の確認	請求書宛名	<input type="checkbox"/> 上記主催者名称 <input type="checkbox"/> その他				送付先	<input type="checkbox"/> 上記主催者住所 <input type="checkbox"/> その他						

[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					