

介護リスクマネジメント・動画セミナー申込書

「高齢者施設の感染症対策」専用

申込日		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					
	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	
申込内容	セミナータイトル	高齢者施設の感染症対策（新型コロナウイルス感染症対策）				
	主催者区分	介護事業者団体	<input type="checkbox"/>	いずれかに○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5月21日	<input type="checkbox"/>	いずれかに○をご記入ください ただし、申込日より10日以降に設定して下さい		
		2020年6月1日	<input type="checkbox"/>			
		2020年6月11日	<input type="checkbox"/>			
		2020年6月21日	<input type="checkbox"/>			
配信期間	1ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/>	感染症対策セミナーは一律1ヶ月とします			
	2ヶ月	<input type="checkbox"/>				
	3ヶ月	<input type="checkbox"/>				
視聴料	40,000円	ご確認いただきましたら○をご記入ください				
請求関係	請求書送付先	主催者と同じ	主催者と同じ場合は○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					