

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	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="radio"/>	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="radio"/>	
		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 type="radio"/>	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（税別）	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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	
URL	https://youtu.be/n8ZTRlrXUM8				
備考					