

## 介護リスクマネジメント・動画セミナー申込書

	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				
	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	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="checkbox"/>	いずれかに○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）	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					