独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター　セミナーチーム　行き（送付書は不要です。）
9月28日（月）午前10時より先着順にて受付 申込先FAX：03－3438－0371

特別養護老人ホーム経営セミナー受講申込書

―特養の地域における拠点施設としての可能性について―

1．受講希望会場　ご希望の会場に○印をおつけください。

	東京会場 11月27日（金）		大阪会場 12月4日（金）

2．受講申込者　3名以上でお申込み頂く場合は、コピーの上ご使用ください。

氏名	役職名	役職・職種に該当するものを選択してください。（該当の□欄をチェックしてください）
フリガナ		□社会福祉法人役員　□社会福祉法人職員 □医療法人役職員　□行政等職員 □社協等役職員 □その他（　　）
フリガナ		□社会福祉法人役員　□社会福祉法人職員 □医療法人役職員　□行政等職員 □社協等役職員 □その他（　　）

3．受講票送付先　勤務先・自宅　← いずれかに○印をつけ、ご自宅を希望される方は、氏名までご記入ください。

ご住所	〒（　　－　　）		
送付先名称 （法人名・施設名・氏名）			
電話番号 （日中ご連絡先）		FAX番号	

4．ご経営されている主な施設についてご記入ください。（該当の□欄をチェックしてください。）

施設名			
施設種類	□ 特別養護老人ホーム　□ その他（　　）		
入所(通所)定員数	人	これまでに当機構の融資のご利用はありますか	□ 有　□ 無

5．ご連絡事項がある場合はご記入ください。（当日車椅子でご来場される方はその旨をこちらにご記入ください）

6．当日は、社会福祉施設等の融資に関するご相談を承ります。ご相談希望の方は以下の欄にチェックをされ、ご相談内容のご記入をお願いします。なお、融資相談のお申込みを多数頂いた場合、お一人様（1法人様）に対し、15分程のご相談時間となってしまう場合がございますので、ご了承願います。

□ 相談あり（ご相談内容について記入してください。）

※　受付後1～2週間で受講ハガキを郵送いたします。

※　ご提出いただいた顧客情報は、適切に保管・廃棄等の管理を行っており、経営サポート事業のために使用するほか、機構の他事業間で共有することがあります。詳細は、当機構ホームページ「顧客情報の取扱いについて」をご覧ください。

※　当機構は反社会的勢力との関係を遮断し、排除するため、警察等関係機関とも連携して適切に対応しています。詳細は、当機構ホームページの「コンプライアンスの取組」をご覧ください。