

本セミナーはWEBシステムによるお申し込みをお願いしております。

WEBシステムをご利用いただくと、FAXお申込より受付・受理のご連絡がスムーズです。

詳しくは福祉医療機構ホームページ(<https://www.wam.go.jp/hp>)をご覧ください。

病院経営実務セミナー(慢性期) 受講申込書

(主催 : 独立行政法人 福祉医療機構)

1. 新規 2. 内容変更 3. 参加取消

← いずれかに○をつけてください。

「2.」「3.」の場合は、送付済の受講申込書をご修正のうえ、FAXにて再送ください。

1. 受講希望会場

東京会場 2020年2月7日(金)

2. 受講申込者

氏名	役職名	役職・職種
フリガナ		1. 医療法人役員 2. 医療法人職員 3. 社会福祉法人役員 4. NPO法人役員 5. 一般企業(福祉・医療)役員 6. 一般企業(コンサル等)役員 7. 行政等職員 8. 会計士・税理士 9. 金融機関職員 10. その他()
氏名	役職名	役職・職種
フリガナ		1. 医療法人役員 2. 医療法人職員 3. 社会福祉法人役員 4. NPO法人役員 5. 一般企業(福祉・医療)役員 6. 一般企業(コンサル等)役員 7. 行政等職員 8. 会計士・税理士 9. 金融機関職員 10. その他()

3. ご住所等

1. 勤務先

2. 自宅

← いずれかに○をつけてください。

ご住所	(〒 -)
ご送付先名称 (法人名・施設名等)	
電話番号 (日中ご連絡先)	
	ご担当者名
	FAX番号

4. 経営されている施設・事業

いずれかに○をつけてください。

1. 病院(高度急性期) 2. 病院(急性期) 3. 病院(回復期) 4. 病院(慢性期) 5. 病院(精神科)
6. 介護医療院 7. 介護老人保健施設 8. 診療所 9. 上記以外の医療機関 10. その他()

5. 融資のご利用

いずれかに○をつけてください。

1. あり 2. なし

6. ご連絡事項がある場合はご記入ください。

--

※ 本セミナーの申込受付等につきましては、「名鉄観光サービス株式会社 MICEセンター」に業務を委託しております。

※ ご提出いただいた顧客情報は、福祉医療機構・業務委託先において、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。

※ お身体の不自由な方、病氣やけがをされている方など、受講に際してお手伝いが必要な場合には「6. ご連絡事項がある場合はご記入ください。」欄にてお知らせください。



お申込先 FAX: 03-3595-1119

名鉄観光サービス株式会社 MICEセンター あて (送付書は不要です)

2019年11月29日(金) 10:00受付開始