

平成 29 年度 アンガーマネジメント研修 受講申込書

() ①午前コース

該当するところに○印をつけてください。

() ②午後コース

介護福祉士の

	会員 (会員番号 25-)
	法人賛助会員 (法人・事業所名)
	非会員

↑いずれかに○

フリガナ 氏 名		
自宅 住所	〒	
勤務 先	連絡の取りやすい電話番号 :	
	勤務先法人名及び事業所名 (フリガナ)	
	勤務先事業所住所	〒
	TEL :	FAX :

↑ 受講決定通知等の送付先としていずれかに○

< 当会使用欄 >			
<input type="checkbox"/> 申込み受付日	年	月	日
<input type="checkbox"/> 受講決定通知日	年	月	日
<input type="checkbox"/> 入金日	年	月	日

※研修受講不可の場合のみ電話にてご連絡いたします。

※郵送で申し込まれる場合は、個人で控えをお取りください。

※申込書に記載された個人情報とは本研修以外での使用はいたしません。

※研修当日の携帯電話番号：090-9840-7042

※締切日以降に受講決定通知及び振込用紙等を発送いたします。

※振り込まれた受講料は未開講の場合を除き、原則として返金いたしません。