

送信先:(公財)郡山市健康振興財団
要介護認定調査センター
F A X :024-924-2126

連絡	受付番号

自己啓発研修会申込書

※太枠内に記入もれがないようにお願いいたします。

申込日	平成30年 月 日
氏名	
所属先名(勤務先名)	
基本職種	
電話番号 (いつでも連絡が取れる電話)	



先着順にて受講決定の連絡は致しませんが、
受講出来ない方には、随時連絡させていただきます。

※業務の都合上、電話での連絡が必要な方、FAXなどでの決定通知が必要な方は下記に必要事項を記入してください。10月1日以降の連絡となります。

受講決定の 連絡先、FAX返信先	
連絡先の電話番号	
返信先のFAX番号	

※受講者の方の施設名や氏名等の個人情報、当講座の連絡等の範囲内で利用いたします。
上記以外の目的での使用はいたしません。