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(精神科) 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

大阪会場 2020年2月21日(金)

2. 受講申込者

氏名	役職名	役職・職種 いずれかに○をつけてください。
フリガナ		1. 医療法人役員　2. 医療法人職員 3. 社会福祉法人役職員　4. NPO法人役職員 5. 一般企業(福祉・医療)役職員　6. 一般企業(コンサル等)役職員 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 いずれかに○をつけてください。
フリガナ		1. 医療法人役員　2. 医療法人職員 3. 社会福祉法人役職員　4. NPO法人役職員 5. 一般企業(福祉・医療)役職員　6. 一般企業(コンサル等)役職員 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)		ご担当者名	
電話番号 (日中ご連絡先)		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、病気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12月20日(金) 10：00受付開始