

平成 年 月 日

株式会社 ヤマシタコーポレーション 福祉用具供給事業従事者研修会係 行
(FAX : 03-5730-6767)

福祉用具供給事業従事者研修会参加申込書

	出席者氏名	生年月日	年齢	性別	部分受講
1	フリガナ	年 月 日		男・女	資格・不足 (資格名:)
2	出席者氏名	生年月日	年齢	性別	部分受講
	フリガナ	年 月 日		男・女	資格・不足 (資格名:)
3	出席者氏名	生年月日	年齢	性別	部分受講
	フリガナ	年 月 日		男・女	資格・不足 (資格名:)

会社・団体名	
連絡担当者の所属・氏名	
連絡先 (個人でお申し込みの方も 必ずご記入下さい)	〒 ー TEL: FAX:

※ 参加者氏名等の記入は、修了証書の記載の基本となりますので楷書で正確・丁寧に記入ください。

※ 部分受講を希望される方は、資格による部分受講が不足部分によるものか欄に○をつけてください。
資格による部分受講をされる方は、その資格名も()内にお書き下さい。
また、資格を証明する免許のコピーもあわせてFAXでお送りください。

申込締切日：平成25年2月11日(月)

ただし、受講希望者が50名に達した時点で申込受付を締め切りますので、ご了承願います。
なお、申込受付後、受講の可否をFAXにてご返答致します。

〈 研修申し込みの流れ 〉 2月11日（月）締切

①申し込み用紙送付

募集要項に添付しました申込書をFAXにて送って頂きます。

〈 FAX : 03-5730-6767 〉



②返答

受講可能かどうかご返答致します。

②をもって仮予約となります。



③入金

受講料 : 48,000円 (テキスト代含む) 〈 銀行振込手数料含まず 〉

振込先銀行 : りそな銀行 芝支店 (店番号265)

貯金科目 : 普通貯金

口座番号 : 1196761

名義 : (株) ヤマシタコーポレーション福祉用具供給事業従事者研修会



④受講決定

入金確認後に受講決定のお知らせをお送り致します。これにて予約が完了します。

①の申込書送付後、③の手続きは、**5日以内**にお願い致します。

ーキャンセル料についてー

入金に関しまして、必ずFAXにて予約をしてからお願いします。一旦振り込まれた受講料は返却できませんので、ご了承ください。

※1時間でも欠席されると部分受講となり、次回の研修に不足分を追加受講して頂くこととなります。その場合、新たに受講料をご請求致しますので、6日間なるべく都合をつけてご参加ください。