

セミナー参加・FAX申込書 (当日受付にお渡し下さい)

必要事項

(申込日) 平成28年 月 日

会社名		
住所	〒	
TEL	FAX	
代表受講者	氏名	所属部署/役職
	email:	@
受講者	氏名	所属部署/役職
	email:	@
受講者	氏名	所属部署/役職
	email:	@

・上記 名申し込みます。 ・お振込み完了日、 月 日。

・参加費 事前登録料/人/¥4,000

{銀行振込み限定。お振込料ご負担ください}

・振込口座 湘南信用金庫 大船支店 店番032 普通4159583

・口座名義 カ)ダイシンコウギョウ

※当日参加費/人/¥5,000 {空席状況をご確認ください}

・場所:藤沢商工会館ミナパーク

FAX 0467-45-8324

番号をお間違えにならないようお願い申し上げます。

お問い合わせ:株式会社 大進工業 ケアーズジャパン介護事業部

TEL0467-45-5153 FAX0467-45-8324

E-mail : info@caresjapan.com

{受付時間11:00~16:00 土・日・祝日および弊社休業日を除く}

http://caresjapan.com {ケアーズジャパン介護事業部で検索}

コンサルティング、同業者のご参加は、固くお断りいたします。
ビデオ録画、動画撮影、音声録音等のご遠慮いただきますようお願い申し上げます。