

# もう一步踏み出すための介助セミナーFAX申し込み書

※マークは、必須項目です

申し込み用紙をFAXするか、もしくはメールでお申し込みください。

お申込日 年 月 日

*受講者氏名				
*フリガナ				
*連絡先住所	どちらかに○ → 自宅 ・ 勤務先 〒			
勤務先名	勤務先住所を書かれた方			
* TEL		FAX		
*メールアドレス (携帯可)	お持ちの方			
職 種		性別		
生年月日				
*希望会場	<input type="checkbox"/> 大阪	<input type="checkbox"/> 東京	いずれかにチェック	
*希望コース	ベーシック <input type="checkbox"/> 4日間コース <input type="checkbox"/> 2日間コース(大阪のみ) ベーシック単日コース 第1回 <input type="checkbox"/> 単日① <input type="checkbox"/> 単日② <input type="checkbox"/> 単日③ <input type="checkbox"/> 単日④ (大阪のみ) 第2回 <input type="checkbox"/> 単日① <input type="checkbox"/> 単日② <input type="checkbox"/> 単日③ <input type="checkbox"/> 単日④ <input type="checkbox"/> ステップアップ(大阪のみ) <input type="checkbox"/> お試しセミナー午前の部 <input type="checkbox"/> お試しセミナー午後の部 <input type="checkbox"/> 番外編 <input type="checkbox"/> 認知症ケアセミナー(大阪のみ) <input type="checkbox"/> シーティング・ポジショニング(大阪のみ) <input type="checkbox"/> シーティング応用(大阪のみ) <input type="checkbox"/> リハビリテーション(大阪のみ)			
*受講歴	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 再受講		
再受講の方で 受講したセミナー	<input type="checkbox"/> ベーシック4日間	<input type="checkbox"/> 外部セミナー4日間	修了証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> ベーシック4日間以外			
*こちらからの連絡方法	<input type="checkbox"/> TEL	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> e-mail
	可能なものにすべて○で囲んでください			
当セミナーをどこでお知り になりましたか?	<input type="checkbox"/> 情報誌(誌名 )	<input type="checkbox"/> HP	<input type="checkbox"/> 紹介( )	
	<input type="checkbox"/> その他( )			
*セミナーのご案内をメールで送付してもよろしいでしょうか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」を選択の方は、以下アドレスの受信拒否設定解除をお願いします mou-ippo@hera.eonet.ne.jp				
コメント(その他ご質問等があればお書きください)				

FAX番号 06-7492-1397