FAX To 03-5909-3532

(株)東京ネバーランド　ステップアップ研修係　御中

機能訓練ステップアップ研修会参加申込書

貴社名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当者名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所　（〒　　―　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

「機能訓練ステップアップ研修会」の受講を以下の通り申し込みます。

月　　日　開催分

申込み日　平成　　年　　月　　日

氏（ふり）　名（がな）	メールアドレス / 携帯電話番号	一般	NPO 介護予防研究会会員

- 氏名は正確にご記入願います。記入欄が不足する場合は別紙にご記入の上お送りください。
- 一般、NPO 会員のどちらかに〇印をつけて下さい。
- 領収書を希望される場合は、右記に〇印をつけて下さい。　　**領収書希望**
  また、領収書の宛名を団体名以外で希望される場合は明記下さい。【　　】
- 参加申込書受領後、折返し当方より参加費用お振込み方法等のお願いをご返信いたします。お振込み手続き終了後に正式申込完了となりますのでご了承ください。
- 今後、弊社主催の研修会、セミナー等情報をメールにてご案内させて頂きます。ご希望の方はメールアドレス、携帯電話番号を記入ください。
- 頂戴いたしましたメールアドレス、携帯電話番号などの個人情報は、上記目的以外には使用いたしません。必要な場合は弊社個人情報の扱いに関するガイドラインをご請求ください。