

平成 21 年度「第 7 回保健指導カプラスワンセミナー」 受講申込書 (H22/3/13 開催)

申込日 2010 年 月 日

フリガナ			生年月日 (西暦)	
氏 名	女 ・ 男		1 9	年 月 日
自宅住所	〒			
	電話 ()	Fax. ()		
資 格	1.保健師 2.看護師 3.管理栄養士 4.栄養士 5.運動指導士 6.薬剤師 7.その他 ()			
	※複数の資格を有する方は、現職場でお使いの資格に◎を、他の資格に○をつけて下さい。			
所 属	1.市区町村 2.健保組合 3.企業 4.共済組合 5.病院 6.健診機関 7.その他 ()			
フリガナ				
勤務先名	所属課名 ()			
勤務先所在地	〒			
	電話 ()	Fax. ()		
平日9~17時の連絡	電話(携帯可) ()		<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先
決定通知送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	(どちらにも印の無い場合は自宅に送付します)	
受講動機やセミナーに期待することなど、ご自由にご記入ください				

- 参加費用 ※受講料 公費 私費 ※旅費、宿泊費 公費 私費
●本会セミナーに過去に参加したことがありますか。 ある ない

<受講申し込み書の取り扱いについて>

受講申込書にご記入いただいた項目につきましては、本会が責任をもって管理し、お申し込みくださったセミナーについて、的確なサービス提供を行わせていただくために使用します。また、本会が行う各種セミナーや、他のご案内等をお送りするためにご記入いただいた情報を使用することがあります。ご案内等の送付をご希望されない場合は、お手数ですが下記の「希望しない」にチェックして下さい。

希望しない

- * ご案内の送付停止の手続きは迅速に行いますが、既に発送準備が終了し、発送の差し止めが間に合わない場合があります。ご容赦下さい。
- * すでにお申し込み手続きまたは送付を希望されない旨のお申し出がお済みの方は、再手続きの必要はございません。重ねてのご案内の失礼をお詫びいたします。
- * 本会は、受講申込書を通じてご提供いただいた情報を下記のような場合に限り、本会でない第三者に開示させていただくことがあります。
・ 本会の事業に関して機密保持契約している者 (下請業者、技術支援業者、運送業者、金融機関など)
- * ご記入いただきました情報に変更が生じた場合は、すみやかに本会までお知らせ下さい。

F A X 送 り 先 03-3267-2658 社団法人日本家族計画協会 研修課

22.2 DM

事務局記入欄	年 月 日	通知日	年 月 日
受付日	年 月 日		