

介護リスクマネジメントセミナー申込書 (オンラインセミナー用)

- ・照会の段階では不明な点は記入の必要はありません。
- ・希望されるセミナーテーマは別紙一覧からお選び下さい。
- ・セミナー一覧以外の内容をご希望の場合は具体的にご記入ください

主催者	名称										
	所在地										
	主催者担当者	氏名					連絡先Tel				
		メールアドレス					連絡先Fax				
依頼内容	希望テーマ・内容										
	運営方法	<input type="checkbox"/> 主催者運営 <input type="checkbox"/> 運営委託 (動画配信は運営委託の場合のみ)									
	受講対象者	業種	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他								
		職種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 事務長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 栄養士								
		受講者数	名予定				《参考》募集案内発送予定数		施設(事業所)予定		
	実施希望日時	第一希望	日にち	年	月	日	開始	時	分	終了	時
第二希望		日にち	年	月	日	開始	時	分	終了	時	分
第三希望		日にち	年	月	日	開始	時	分	終了	時	分
請求書類の確認	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	請求書宛名	<input checked="" type="checkbox"/> 上記主催者名称 <input type="checkbox"/> その他				送付先	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上記主催者住所 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> その他			

[株式会社安全な介護 記入欄]

受付No.	受付日	受付者
講師名	実施日	資料
運営方法	SKD	DB
備考		