

送信先・FAX／ 098-884-4545

県ボランティア市民活動支援センター行き

**平成 25 年度リスクマネジメントセミナー
参加申込書**

申込み締切日：12月6日（金）

■実施している事業分野に印をつけてください。

<input type="checkbox"/> 介護保険事業 <input type="checkbox"/> 障害者福祉サービス事業 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他	事業所名	
---	------	--

参加者氏名	役職名	参加費
		①会員 2,000 円 × _____ 名 = _____ 円
		②非会員 4,000 円 × _____ 名 = _____ 円
		※振込予定日 _____ 月 _____ 日

連絡先	申込み担当者： T E L : F A X :
-----	-------------------------------

参 加 者 アンケート

①本セミナーで聞きたいこと、学びたいこと等がありましたら自由にご記入ください。

②本セミナーのテーマ“リスクマネジメント”について、ご質問等がありましたらお書きください。

※参加費振込み後は返金できませんのでご注意ください。

※領収書の発行は予定していません。必要な場合は、予め御連絡お願ひいたします。

※FAXで申し込まれる際は、着信をご確認ください。

～ 研修の効果を高めるため、複数での御参加をお勧めします。～