

研修会へのお申し込み方法

1. 申し込み方法

①(官製往復はがき)

- ・ 官製往復はがきに、2ページ見本の必要事項を記入しお送りください。
- ・ 返信用の表側はご自身の住所(所属施設の住所でも可)、お名前をご記入ください。裏面は何も記入しないでください。
- ・ 記入する際は、往信用と返信用をお間違いのないよう、ご注意ください。
- ・ 一枚の往復はがきでひとつの研修会のみのお申し込みとなります。ただし、所属施設が同じであれば一枚のはがきで複数名を同時にお申し込みいただいてもかまいません。
- ・ お申し込み確認後、受講承認通知を返信いたします。
- ・ 往復はがきの返信で、受講承認通知が届き、お申し込み完了となります。
- ・ 定員オーバーなどにより、受講のご希望に添えない場合も同様に返信用ハガキにてお知らせいたしますので、必ずハガキの内容をご確認ください。

②(FAX) FAX(0776) 98-2793

- ・ 3ページ、研修会受講申し込み書に、必要事項を記入しFAXしてください。
- ・ 研修会受講申し込み書には、研修会テーマ名、研修開催日、ご自身の所属施設名、ご自身の住所(所属施設の住所でも可)、電話番号、FAX 番号、受講者のお名前、職種、経験年数をご記入ください。
- ・ 案内の申し込み書でなくても、必要事項を記載いただければ申し込み書の様式は作成していただいて構いません。
- ・ お申し込み確認後、FAX で受講承認通知を返信いたします。
- ・ FAX の返信で、受講承認通知が届き、お申し込み完了となります。
- ・ 定員オーバーなどにより、受講のご希望に添えない場合は、FAX にてお知らせいたしますので、必ずFAX の内容をご確認ください。

③(メール) E-mail: kaigo@fukui-sukoyaka-silver.or.jp

- ・ ①研修会テーマ名 ②研修開催日 ③ご自身の所属施設名 ④ご自身の住所(所属施設の住所でも可) ⑤電話番号 ⑥FAX 番号 ⑦受講者のお名前 ⑧職種 ⑨経験年数
以上の内容を、上記アドレスまで送信してください。
- ・ お申し込み確認後、メールで受講承認通知を返信いたします。
- ・ メール返信で、受講承認通知が届き、お申し込み完了となります。
- ・ 定員オーバーなどにより、受講のご希望に添えない場合は、メールにてお知らせいたしますので、必ずメールの内容をご確認ください。

2. お申し込み後

お申し込み後、通知が来たことをご確認ください。通知が来ない場合は下記連絡先までお問い合わせください。また、やむを得ない事情で研修会に参加できなくなった場合や受講者の変更の際は、必ずお電話にてご連絡ください。(キャンセル待ちをされる方がいらっしゃいます)

福井県立すこやかシルバー病院

〒910-3623 福井県福井市島寺町 93-6

TEL:(0776)98-2700 FAX:(0776)98-2793

E-mail(病院): sukoyaka@fukui-sukoyaka-silver.or.jp

E-mail(研修申し込み): kaigo@fukui-sukoyaka-silver.or.jp

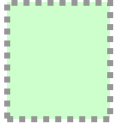
URL: <http://www.fukui-sukoyaka-silver.or.jp>

見本

注意
往信用と返信用を間違えないようご注意ください。

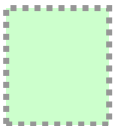
往信の表面

返信の裏面

| | |
|---|--|
|  <p>910 - 3623</p> <p>福井県立すこやかシルバー病院 介護教育部 宛</p> <p>福井市島寺町九三・六</p> | |
|---|--|

返信の表面

往信の裏面

| | |
|---|---|
|  <p>返信先の宛先をご記入ください</p> | <p>研修会テーマ名・研修開催日</p> <p>※ 受講する研修会テーマ名・研修開催日(月日)を必ずひとつご記入ください。</p> <p>所属施設名</p> <p>受講者住所、電話番号 (施設又は自宅)</p> <p>※ 研修の急な変更等で連絡が必要な場合があります。必ずご記入ください。</p> <p>受講者氏名</p> <p>※ 同一施設より複数名のお申し込みが可能です。ただし、同一の研修に限ります。</p> <p>職種</p> <p>実務経験年数</p> |
|---|---|

研修会受講申し込み書（必要枚数コピーして使用してください）

FAX 送信先

福井県立すこやかシルバー病院 介護教育部

FAX 番号(0776)98-2793

| | | |
|-----------|----------|--|
| 研修会テーマ名 | | |
| 研修開催日 | | |
| 受講者の情報を記入 | 所属施設名 | |
| | 郵便番号 | |
| | 住所 | |
| | 連絡先の電話番号 | |
| | FAX 番号 | |
| 1 | 受講者氏名 | |
| | 職種 | |
| | 実務経験年数 | |
| 2 | 受講者氏名 | |
| | 職種 | |
| | 実務経験年数 | |
| 3 | 受講者氏名 | |
| | 職種 | |
| | 実務経験年数 | |
| 4 | 受講者氏名 | |
| | 職種 | |
| | 実務経験年数 | |