



独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター リサーチグループ セミナーチーム 行き  
(送付書は不要です)

申込先 FAX : 03-3438-0371

平成28年9月5日(月) AM10:00 受付開始

## 介護老人保健施設経営セミナー受講申込書

～多様化するニーズと老健経営のあり方について～

平成28年11月11日(金):東京会場

1. 受講申込者 3名様以上でお申込いただく場合は、コピーしてご使用ください。

氏名	役職名	該当される役職・職種番号に○をつけてください
フリガナ		1. 医療法人役員 2. 医療法人職員 3. 社会福祉法人役員 4. 社会福祉法人職員 5. 行政等職員 6. 公認会計士・税理士 7. 金融機関 8. 一般企業・経営コンサルタント 9. その他( )
フリガナ		1. 医療法人役員 2. 医療法人職員 3. 社会福祉法人役員 4. 社会福祉法人職員 5. 行政等職員 6. 公認会計士・税理士 7. 金融機関 8. 一般企業・経営コンサルタント 9. その他( )

2. 受講票送付先  ← いずれかに○をつけてください。自宅の場合は送付先名称に氏名をご記入ください。

ご住所	(〒 - )		
送付先名称 (法人名・病院名・施設名等)			ご担当者
電話番号 (日中ご連絡先)	FAX番号		

3. ご経営されている主な施設についてご記入ください。(該当の番号に○をつけてください。複数可)

病医院・施設名			
施設種類	1. 介護老人保健施設    2. 病院 ( ① 急性期    ② 回復期    ③ 慢性期    ④ 精神 ) 3. 診療所    4. その他 ( )		
許可病床・入所定員	床	これまで当機構の融資のご利用はありますか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

4. ご連絡事項がある場合はご記入ください。(当日車椅子でご来場される方はその旨をご記入ください)

--

5. 当日は、医療施設等の融資に関するご相談を承ります。ご相談希望の方は以下の欄にチェックをされ、ご相談内容のご記入をお願いします。なお、融資相談のお申込みを多数の方から頂いた場合、お一人様(1法人様)に対し、15分程のご相談時間となってしまう場合がございますので、ご了承願います。

<input type="checkbox"/> 相談あり
-------------------------------

※ご提出いただいた顧客情報は、適切に保管・廃棄等の管理を行っており、経営サポート事業のために使用するほか、機構の他事業間で共有することがあります。詳細は、当機構ホームページ「顧客情報の取扱いについて」をご覧ください。

※当機構は反社会的勢力との関係を遮断し、排除するため、警察等関係機関とも連携して適切に対応しています。詳細は、当機構ホームページの「コンプライアンスの取組」をご覧ください。