

# 「7つの習慣® Care」参加お申込書

下記の内容にて、「7つの習慣® Care」プログラムの参加申し込みをいたします。

## ——開催概要——

開催日：9月14日（月）～15日（火） 両日とも9時～17時半

場所：知多市勤労文化会館 〒478-0047 知多市緑町5-1

受講料（税抜）：お一人あたり ¥90,000.-

※※お手数をおかけいたしますが、一週間前までのお振込をよろしくお願いたします。

### ◆ご誓約いただく事項：

「本研修において知り得たノウハウその他の事項は、ご参加された方ご自身が現在の介護サービス業務をおこなうに際しての活用できるものとし、当該ノウハウその他事項を元に新たに研修プログラムを作成したり（社内外向けのいづれも）あるいは第三者に有償無償問わず開示・漏洩等してはならないものとしします。」

上記の内容を理解し同意しました (チェックを入れてください) →

### ◆キャンセル・人数変更に関して：

お客様のご都合によるキャンセルお申し込み人数の変更等によるご返金は、一切受け付けていないことをご了承ください。

## ——ご参加者——

御社名： \_\_\_\_\_ 印

ご参加者名： \_\_\_\_\_ お役職： \_\_\_\_\_ ご参加日：( \_\_\_\_\_ )

ご参加者名： \_\_\_\_\_ お役職： \_\_\_\_\_ ご参加日：( \_\_\_\_\_ )

ご参加者名： \_\_\_\_\_ お役職： \_\_\_\_\_ ご参加日：( \_\_\_\_\_ )

ご参加者名： \_\_\_\_\_ お役職： \_\_\_\_\_ ご参加日：( \_\_\_\_\_ )

ご参加者名： \_\_\_\_\_ お役職： \_\_\_\_\_ ご参加日：( \_\_\_\_\_ )

研修参加費 \_\_\_\_\_ 円

——振込口座—— (請求書発行 必要 ・ 不要) ※請求書発行の際は、下記お申込者連絡先のご担当者様宛にお送りいたします。

銀行名：三菱東京UFJ銀行 雷門支店 普通預金 (銀行番号：0005、店番：369)

口座番号：0091601

口座名義：株式会社FCEメディカル&ケア (カ) エフシーイーメディカルアンドケア

(振り込み手数料は貴社にてご負担ください。)

## ——お申込者連絡先——

お申込担当者名 \_\_\_\_\_ 部署名 \_\_\_\_\_ お役職 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ FAX 番号 \_\_\_\_\_

※本書にご記入いただきます個人情報は、株式会社FCEメディカル&ケア及び関連会社において、以下の目的で利用します。同意の上、ご記入をお願いします。

・「7つの習慣® Care」プログラムの運営ならびにご参加者の研修後フォローのため。

【お問い合わせ】 株式会社 FCE メディカル&ケア TEL：03-5827-7238 FAX：03-5827-7542