

受講申込書

FAX 03-3267-2658

ご希望のセミナーに○印をつけてください

第27回お母さんと子どもの元気セミナー 平成29年6月10日(土) AM	第7回ピアカウンセリング入門セミナー 平成29年6月10日(土) PM

※第7回ピアカウンセリング入門セミナー<PM>を受講される方は、
第27回お母さんと子どもの元気セミナー<AM>の受講料を割引いたします。(5,400円→3,240円(税込))
※キャンセルの場合は通常料金になります

※全項目ご記入ください。

申し込み年月日 年 月 日

ふりがな		生年月日(西暦)
氏名	女・男	19 年 月 日
自宅住所	〒 都道府県 電話 () Fax. ()	
取得資格	保健師・助産師・看護師・保育士・その他() ※複数の資格を有する方は、現職場でお使いの資格に◎を、それ以外には○をつけて下さい。	
業務分類	行政(都道府県)、行政(市区町村)、学校(小・中・高)、学校(大学・専門学校)、 病院・医院・クリニック、健診機関、企業、医療保険者 ※○をつけて下さい。 その他() ※その他を選択の際、必ず記入してください	
勤務先名	所属課名()	
勤務先住所	〒 都道府県 電話 () Fax. ()	
平日9~17時の連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	電話(携帯可) ()
決定通知送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	(どちらにも印の無い場合は自宅に送付します)
●受講動機をご記入ください。		

●受講料 公費 私費

●本会セミナーに過去に参加したことがありますか。 ある ない

<受講申込書の取り扱いについて>

* 受講申込書にご記入いただいた情報は本会が責任をもって管理し、的確なサービス提供を行わせていただくために使用します。

ただし下記のような場合に限り、第三者に情報を開示させていただくことがあります。

・本会の事業に関して機密保持契約している者(下請業者、技術支援業者、運送業者、金融機関など)

* ご案内等が不要な方は右記にチェックして下さい。

今後セミナーに関する情報は不要

* ご記入いただきました情報に変更が生じた場合は、すみやかに本会までお知らせ下さい。

【申込み・お問い合わせ先】(一社)日本家族計画協会 研修担当 〒162-0843 東京都新宿区市谷田町1-10 保健会館新館
電話 03-3269-4785 FAX 03-3267-2658

HP