

返信 FAX 087-802-2238

一般社団法人在宅療養ネットワーク内あて

お申し込みはファックスのみとなります

日本ケアマネジメント学会 in 四国 参加申込書

氏名	(フリガナ)	性別	学会員番号 (有・無)			
	-----	男・女				
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日生		
住所	(フリガナ)					
	〒	-----	都・道・府・県			
	(□自宅・□勤務先 該当する□に✓を入れてください。)					
	電話	-----	-----	連絡 □可・□不可		
FAX	-----	-----	連絡 □可・□不可			
携帯電話	-----	-----	連絡 □可・□不可			
勤務先 (名称)	(フリガナ)	-----				
区分 (該当する□に✓)	<input type="checkbox"/> 日本ケアマネジメント学会会員 <input type="checkbox"/> 香川県介護支援専門員協議会会員 <input type="checkbox"/> 高松市指定居宅介護支援事業者連絡協議会会員 <input type="checkbox"/> 共催・後援団体会員 <input type="checkbox"/> 一般					

※事前参加申込の締切は12月10日(水)ファックス必着ですのでご注意ください

●個人情報のお取扱いについて

当社は、お申し込みの際にご記入いただいたお客様の個人情報(氏名・住所・電話番号等)について、参加者との間の連絡、その他提供するサービス手配の為の手続きに必要な範囲内で利用させていただきます。

●個人情報の保管期間について

個人情報保護の観点からお申し込みいただいた大会が終了し、6ヶ月が経過した後、お客様の個人情報を破棄させていただきます。