**FAXお申込み用紙　 　FAX： 052-331-1533**

**＜お申込締切：開催日15日前まで＞**

* **定員に達した場合、申込の先着順で受付を終了させていただきます。**
* **募集案内の中から、ご希望の日・研修会場を選択して下さい。**
* **研修会場が、複数ある場合は、コピーして使用して下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・組織名 | TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 参加者名　１ | (フリガナ)    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL: |
| 参加者名　２ | (フリガナ)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL: |
| 参加者名　３ | (フリガナ)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL: |
| メールアドレス | **※受講決定をメールにてお知らせいたしますので、必ずご記入下さい。** |
| 参加内容 | 参加する研修に✔して下さい。  **□**管理者向け研修  □　介護従事者向け研修 |
| 参加日 | 月　　　　　日  　　研修会場 |
| ご質問内容（事前にご質問等があれば記入してください） |  |

■個人情報の取扱いについて　ご記入頂きました個人情報は、主催する愛知県からの委託により事務局運営に携わるコスモ産業（株）　コスモグローバルコミュニケーションズスクールが連絡事務等で使用させて頂きます。個人情報はプライバシーポリシーに則って厳正に管理致します。