｢アセッサー受講料支援｣

**申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所･施設名 |  |
| 事業所･施設住所\* |  |
| 事業所･施設TEL\* |  |
| 事業所･施設FAX\* |  |
| 事業所･施設回答責任者 |  |
| 受講者 |  |

 ※個人申込者は、\*印ヵ所にご自宅のデータを記入してください。

　　①　シルバーサービス振興会に既に送金済みの受講料について、支援（２万円）を

□希望する　　□希望しない

　　　　　　・希望する場合の送金先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　銀行 | 支店 | 普通　　当座 |
| （フリガナ）口座名義 |  |
|  |
| 口座番号 |  |

　　※　①の支援は、本講習の修了証のコピー提出が条件になります。

※　回答書は、9月29日(金)までにFAXにてご回答ください。

公益社団法人群馬県老人保健施設協会　事務局

TEL 027-233-0350　FAX 027-233-0599

E-mail gunmakenrouken@sunny.ocn.ne.jp