



医療施設整備・機能強化セミナー受講申込書

～地域移行をすすめるなかでの精神科病院の経営について～

(会場: 全社協・灘尾ホール(東京都千代田区霞が関) 開催日: 平成28年1月15日(金))

1. 受講申込者 3名以上でお申込み頂く場合は、コピーの上ご使用ください。

氏名	役職名	役職・職種に該当するものを選択してください。 (該当の□欄をチェックしてください)	
フリガナ		<input type="checkbox"/> 医療法人役員	<input type="checkbox"/> 医療法人職員
		<input type="checkbox"/> 社会福祉法人役職員	<input type="checkbox"/> 行政等職員
		<input type="checkbox"/> 公認会計士・税理士	<input type="checkbox"/> 金融機関
		<input type="checkbox"/> 一般企業・コンサルタント	<input type="checkbox"/> 財団法人・社団法人
		<input type="checkbox"/> その他()	
フリガナ		<input type="checkbox"/> 医療法人役員	<input type="checkbox"/> 医療法人職員
		<input type="checkbox"/> 社会福祉法人役職員	<input type="checkbox"/> 行政等職員
		<input type="checkbox"/> 公認会計士・税理士	<input type="checkbox"/> 金融機関
		<input type="checkbox"/> 一般企業・コンサルタント	<input type="checkbox"/> 財団法人・社団法人
		<input type="checkbox"/> その他()	

2. 受講票送付先 勤務先・自宅 ← いずれかに○印をつけ、ご自宅を希望される方は、氏名までご記入ください。

ご住所	〒()		
送付先名称 (法人名・施設名・氏名)			
電話番号 (日中ご連絡先)		FAX 番号	

3. ご経営されている主な施設についてご記入ください。(該当の□欄をチェックしてください。)

病医院・施設名			
施設種類	<input type="checkbox"/> 病院 (<input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 療養) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他()		
許可病床数・入所定員数	<input type="checkbox"/> 許可病床(入所定員)数()床 <input type="checkbox"/> 無床		
これまでに当機構の融資のご利用はありますか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

4. ご連絡事項がある場合はご記入ください。(当日車椅子でご来場される方はその旨をこちらにご記入ください)

--

5. 当日は、医療施設等の融資に関するご相談を承ります。ご相談希望の方は以下の欄にチェックをされ、ご相談内容のご記入をお願いします。なお、融資相談のお申込みを多数頂いた場合、お一人様(1法人様)に対し、15分程のご相談時間となってしまう場合がございますので、ご了承願います。

<input type="checkbox"/> 相談あり (ご相談内容について記入してください)

●お申込みいただき、ありがとうございました。受講ハガキを、後日郵送させていただきます。

- ※ 受付後1～2週間で受講ハガキをご郵送いたします。
- ※ ご提出いただいた顧客情報は、適切に保管・廃棄等の管理を行っており、経営サポート事業のために使用するほか、機構の他事業間で共有することがあります。詳細は、当機構ホームページ「顧客情報の取扱いについて」をご覧ください。
- ※ 当機構は反社会的勢力との関係を遮断し、排除するため、警察等関係機関とも連携して適切に対応しています。詳細は、当機構ホームページの「コンプライアンスの取組」をご覧ください。