

介護予防事業テクニカルワークショップ申込書



※FAX または郵送のいずれかにて下記送付先にお送り下さい。

送 付 先	FAX	健康サポート部（介護予防チーム） FAX：03-5543-1870
	郵送	〒104-8255 東京都中央区新川1-21-2 茅場町タワー セントラルスポーツ(株) 健康サポート部 介護予防チーム 宛

①申込みセミナー名（ご希望の会場・日程・セミナー名をご記入ください。）

会場	日程	セミナー名
① <input type="checkbox"/> セントラルスポーツ本社 <input type="checkbox"/> その他【 】	20 年 月 日	
② <input type="checkbox"/> セントラルスポーツ本社 <input type="checkbox"/> その他【 】	20 年 月 日	

②基本情報（枠内全てご記入下さい。）

(フリガナ) 氏名	生年 西暦 月日	年 月 日
〒 ご自宅住所	都道 府県	市区 郡
電話番号	自宅 - -	携帯 - -
登録内容	該当する全ての区分の枠内に○をご記入ください。	
	介護予防運動指導員 登録番号（ ） ※必ずご記入ください。	
	ANCS、PTC 登録インストラクター（マイクラブ： ）	
	セントラルスポーツ アシスタントインストラクター	
	健康サポート部 業務委託契約者	
	一般	

③振込

振込人名義 (予定)	カタカナでご記入ください。 ※お振込については後日ご連絡いたします。
---------------	---

《注意事項》

- ご本人の都合でキャンセルされた場合、ご返金いたしませんのでご注意下さい。
- キャンセルする場合は、お早めにご連絡下さい。

↓こちらの欄には記入しないで下さい。

事務局処理欄	日付	担当者	備考
申込受付	/		
案内送付	/		
振込日	/	入金額	¥ 印

お問い合わせ セントラルスポーツ株式会社 健康サポート部 介護予防チーム TEL 03-5543-1888 FAX 03-5543-1870 アドレス lifecare@central.co.jp
--

《個人情報の取り扱いについて》

- 本申込書にて収集した個人情報は、健康サポート部での申込み管理にのみ使用し他目的では使用いたしません。