

バリアフリー展事務局 行

難病(神経・筋疾患)生活支援・リハビリテーション研究会セミナー 全5回シリーズ + 特別講義

ふりがな	
会社/団体名	
郵便番号	
会社/団体住所	
ふりがな	
お申込者名	
部署	
役職	
TEL	
FAX	
E-mail	
業種	
希望受講セミナー ※右の□にチェックしてください。	① <input type="checkbox"/> 7月・9月・11月・1月・3月コース : 10日間全て (50,000円 税抜) ② 7月コース : <input type="checkbox"/> 7月30日(土) <input type="checkbox"/> 7月31日(日) (11,000円 税抜) ③ 9月コース : <input type="checkbox"/> 9月24日(土) <input type="checkbox"/> 9月25日(日) (11,000円 税抜) ④ 11月コース : <input type="checkbox"/> 11月26日(土) <input type="checkbox"/> 11月27日(日) (11,000円 税抜) ⑤ 1月コース : <input type="checkbox"/> 1月28日(土) <input type="checkbox"/> 1月29日(日) (11,000円 税抜) ⑥ 3月コース : <input type="checkbox"/> 3月11日(土) <input type="checkbox"/> 3月12日(日) (11,000円 税抜) ⑦ 特別講義 : <input type="checkbox"/> 2月25日(土) <input type="checkbox"/> 2月26日(日) (20,000円 税抜)
昼食(お弁当)	<input type="checkbox"/> 希望する(別途、有料1,000円:税抜)※チェックをいただいた場合、申込日数分の昼食をご用意します。
請求先	会社/団体宛 ・ 個人宛 ※請求書の宛名(受講料[昼食代]請求先)についてどちらかに○を記入してください。 個人宛にチェックをされた方で、ご自宅等に請求書の送付を希望される方は、下記へ送付先をご記入ください。 〒 -
振込人名義(カナ)	
お支払予定日	月 日 *各コースのセミナー開催日前日までにご入金ください。

- 受講対象 難病(神経・筋疾患)患者の生活支援・リハビリテーションに係る専門職の方
※特別講演のみ、医療従事者の方を対象とします
- 受講料 各コース 11,000円(税抜)、特別講義(2月)は20,000円(税抜)
※割引:7月・9月・11月・1月・3月コース全て受講申込みの場合は50,000円(税抜)となります。
※各コース2日間受講される方を優先的に受付いたします。
※各コース1日だけ参加の場合も同額11,000円(税抜)となります。
※テキスト代込み
※昼食は希望者のみ別途有料をご用意します。1,000円(お茶付き・税抜)
- 募集人数 40名(最少催行人数 10名)
- 申込締切日 ■7月コース:7月22日(金) ■9月コース:9月14日(水) ■11月コース:11月17日(木)
■1月コース:1月20日(金) ■3月コース:3月3日(金) ■特別講義:2月16日(木)
- 申込方法 本申込書の必要事項をご記入の上、バリアフリー展事務局までFAXまたはE-mailでお申込みください。
- お支払い ※事務局より請求書を送付いたしますので、指定の口座へ受講料をお振込みください。
※セミナー開催前日までにご入金をお願いします。
※振込み手数料は受講者でご負担願います。
※別途、受講票を送付いたしますので当日会場にご持参ください。
- キャンセル料 セミナー開催日の2日前～前日のキャンセル →→→受講料の50%
(7月コース:7/28～7/29、9月コース:9/22～9/23、11月コース:11/24～11/25、1月コース:1/26～1/27、3月コース:3/9～3/10、特別講義(2月):2/23～2/24)
当日キャンセルの場合 →→→受講料の100%

お申込み・お問合せは.

<http://barrierfree.jp>

連絡先:バリアフリー展事務局

〒540-0008 大阪市中央区大手前1-2-15

TEL 06-6944-9913 FAX 06-6944-9912 E-mail infobmk2017@tvcoe.co.jp