

FAX. 03-5437-5079

セミナー参加お申込み・ご相談シート

■ ご担当者名、ご連絡先等をご記入ください。

御社名(ふりがな)		業種
ご担当部署名(ふりがな)		ご担当者名(ふりがな)
所在地		
電話番号	FAX番号	
Eメールアドレス		
当てはまる項目に☑をご記入ください		
☐ セミナーに参加したい ☐ 詳しい話が聞きたいので訪問してほしい ☐ FC加盟に関する資料がほしい		

■ セミナーに参加希望の方はこちらもご記入ください。

セミナーご参加希望日をご記入ください			
年		月	日 開催 会場：
※セミナー開催日に予定が合わない方は個別にご相談も可能ですので、希望日、ご質問等をご記入ください。			
ご参加者(ご連絡窓口になって頂ける方を一番上にご記入ください)			
お名前	部署名	役職名	男 ・ 女
お名前	部署名	役職名	男 ・ 女
ご参加理由をおひとつ選んでいただき☑をご記入ください			
☐ 具体的にデイサービス事業への新規参入を検討中		☐ 特に決めていないが新規事業を検討中	
☐ 何らかの介護事業への新規参入を検討中		☐ その他()	

お問い合わせは



QLC

明日の事業を創造する
販売株式会社

〒141-0031 東京都品川区西五反田1-3-8 五反田PLACE4階

TEL：03-5437-5021 / FAX：03-5437-5079

QLC 介護事業セミナー

Q検索

<https://www.qlc.co.jp>

個人情報のお取り扱いについて

※ご提供いただいた個人情報は、ご本人確認、お問合せ対応、および各種ご案内を行う目的のみに使用し、第三者への開示はございません。