

2024年4月24日（水）開催

## 福祉用具展示会 参加申込書

アビリティーズ・ケアネット株式会社 湘南営業所 行 (FAX 0463-37-3421)

|                             |                                |                            |                            |  |
|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 1                           | ふりがな                           |                            | 会社名・団体名等                   |  |
|                             | 申込者氏名                          |                            |                            |  |
|                             | 連絡先                            | TEL:                       | E-mail:                    |  |
|                             | 参加される内容に○印をお願いします。(複数参加可能です)   |                            |                            |  |
|                             | 体験会、各種相談会に参加<br>(右記来場ご予約時間帯に○) |                            | 11:30~15:00 or 16:00~17:00 |  |
| 新商品説明会に参加<br>(右記参加される時間帯に○) |                                | 10:30~11:30 or 15:00~16:00 |                            |  |
| 2                           | ふりがな                           |                            | 会社名・団体名等                   |  |
|                             | 申込者氏名                          |                            |                            |  |
|                             | 連絡先                            | TEL:                       | E-mail:                    |  |
|                             | 参加される内容に○印をお願いします。(複数参加可能です)   |                            |                            |  |
|                             | 体験会、各種相談会に参加<br>(右記来場ご予約時間帯に○) |                            | 11:30~15:00 or 16:00~17:00 |  |
| 新商品説明会に参加<br>(右記参加される時間帯に○) |                                | 10:30~11:30 or 15:00~16:00 |                            |  |
| 3                           | ふりがな                           |                            | 会社名・団体名等                   |  |
|                             | 申込者氏名                          |                            |                            |  |
|                             | 連絡先                            | TEL:                       | E-mail:                    |  |
|                             | 参加される内容に○印をお願いします。(複数参加可能です)   |                            |                            |  |
|                             | 体験会、各種相談会に参加<br>(右記来場ご予約時間帯に○) |                            | 11:30~15:00 or 16:00~17:00 |  |
| 新商品説明会に参加<br>(右記参加される時間帯に○) |                                | 10:30~11:30 or 15:00~16:00 |                            |  |

ご記入頂きました個人情報、セミナーのご案内、受付及び弊社営業活動のための利用以外の目的には使用いたしません。なお、取得・保有した個人情報につき、適切な保護措置を講じます。



**ABILITIES** アビリティーズ・ケアネット株式会社  
湘南営業所

〒254-0914 平塚市高村203平塚高村団地14-101  
TEL:0463-37-3123 FAX:0463-37-3421

