２０１９年度　高知県老施協　養護老人ホーム部会　出欠票

高知県老人福祉施設協議会　事務局　あて

**FAX　088-844-9443**

**部会に 出席 ・ 欠席 します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　名 | 出席者名 | 備　考 |
|  | （フリガナ） |  |
|  | （フリガナ） |  |
|  | （フリガナ） |  |

上記のとおり回答いたします。

令和２年　　月　　日

施設名

高知県老人福祉施設協議会長　様

**〔注〕**※　部会の出欠について○印等を記入して下さい。

※　締切日　令和２年２月２１日（金）

※　FAXでご回答願います。（欠席の場合も必ず回答をお願いいたします。）

★**意見交換のテーマに取り上げたいことをご記入ください。**★