ＦＡＸ返信票

高知県老人福祉施設協議会　事務局　あて

FAX　088-844-9443

２０１９年度　高知県老施協　生活相談員・介護支援専門員研修会

参加申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職名 | 氏名 | 情報交換会 | |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 |

上記のとおり出席します。

令和２年　　月　　日

施 設 名

担 当 者

Ｔ Ｅ Ｌ

Ｆ Ａ Ｘ

〔注〕

　　※　締切日　令和２年３月２日（月）

※　情報交換会の出欠どちらかに○印をご記入ください。

※　記入いただいた内容は「高知県老施協生活相談員及び介護支援専門員研修会」に使用する以外他の目的に使用することはありません。

【事務局】

高知市朝倉戊３７５－１

高知県老人福祉施設協議会(担当：小田)

TEL(088)844-3605／FAX(088)844-9443