高知県老人福祉施設協議会事務局 行　　　　　　【✉：yuka-oda@pippikochi.or.jp】

【ＦＡＸ：０８８－８４４－９４４３】

***令和２年度高知県老人福祉施設協議会　施設長研修会***

参　加　申　込　書

■ 事業所名：

■ 代表メールアドレス

■ 連絡担当者名：

■ 参加方法（下記に☑していただき、台数又は来場者名を記載してください。）

**□ ＺＯＯＭ**

（後日、上記メールアドレスに研修当日のzoom研修のＵＲＬ等をお送りいたします。）

＊ 8/6までに届かない場合は事務局までご連絡ください。

■ 参加端末予定数　　　　　　　　　　　台（PC・スマートフォン・タブレットなど）

**□ 会　　場**（会場：ふくし交流プラザ　[受付：13時～]）＊ネット環境が不安定な方等

■ 申込者名

|  |  |
| --- | --- |
| 職名 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |

● 申し込み期限　　令和２年８月５日（水）

※ 連絡事項

メールにて申込の場合は、参加方法及び端末予定数・担当者名等ご回答ください。（本様式不要）