高知県老人福祉施設協議会事務局 行　　　　　　　【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：

■ 連絡担当者名：

■ 申込者

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名 | 職　　名 |
| （ふりがな） |  |
|  |
| （ふりがな） |  |
|  |
| （ふりがな） |  |
|  |

● 申し込み期限　　令和２年７月３１日（金）