（送り状は不要です。）

ＦＡＸ返信票

高知県老人福祉施設協議会　事務局　あて

✉　yuka-oda@pippikochi.or.jp

FAX　　 088-844-9443

令和３年度　高知県老施協　リスクマネジメント研修会　参加申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　名 | 氏　名 | 参加方法下記に〇をして下さい。 | メールアドレスオンライン参加のみご記入ください。 |
|  | (フリガナ) | (1)オンライン(ZOOM) |  |
| (2)会　場（プラザ） |
|  | (フリガナ) | (1)オンライン(ZOOM) |  |
| (2)会　場（プラザ） |
|  | (フリガナ) | (1)オンライン(ZOOM) |  |
| (2)会　場（プラザ） |

上記のとおり出席します。

令和３年　　月　　日

事業所名

担 当 者

Ｔ Ｅ Ｌ

Ｆ Ａ Ｘ

〔注〕

※　締切日　令和３年７月２６日（月）

※　連絡事項

メールにて申込の場合は、参加者・メールアドレス等の上記内容をご回答ください。（本様式不要）

※　オンラインの場合は、受講者1名につきPC等1台（カメラ・マイク必須）です。

※　開催１週間前までに決定通知をＦＡＸ又はメールにてお送りいたします。

※　記入いただいた内容は「高知県老施協リスクマネジメント研修会」に使用する以外他の目的に使用することはありません。