高知県老人福祉施設協議会事務局　行き　　　　　　　　　　　　【ＦＡＸ　０８８－８４４－９４４３】

【✉　yuka-oda@pippikochi.or.jp】

令和３年度 四国老施協セミナー　参加申込書

施 設 名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者名：

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

種　　別：　介護老人福祉施設・養護老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス）・その他

＊グループワークで参考にするため対象種別について、上記に○をして下さい。

＊複数人で申込の場合で、異なる場合は下記備考欄に種別をご記入ください。

参加申込者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職　　名 | 出席者名 | 備　　考 |
| ① |  | (フリガナ) |  |
| ② |  | (フリガナ) |  |
| ③ |  |  |  |

【注意事項】

※本申込書は会場での参加の場合のみとなります。

※メールにて申込の場合は、上記内容を職名・参加者等ご回答ください。（本様式不要）

※オンラインで参加の方は開催要項「８．申込方法」のURLまたは二次元コードよりお申込みください。

**お申し込み期限　　令和４年１月２８日（金）**