（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４年度　高知県老施協　アンガーマネジメント研修会　参加申込書

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者名：

ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

受講申込者　　　※下記について当てはまる箇所にご記入及び○印等をして下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職　　名 | 出席者名 | 参加方法（下記に○をしてください） |
| 会場 (高知会館) | ＺＯＯＭ |
| ① |  | (フリガナ) |  |  |
| ② |  | (フリガナ) |  |  |
| ③ |  | (フリガナ) |  |  |

|  |
| --- |
| ＺＯＯＭとご回答された方は下記にメールアドレスをご記入ください。 |
| 代表メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

〔注〕

※　締切日　令和４年８月２９日（月）

※　連絡事項

メールにて申込の場合は、参加方法及び職名・参加者等ご回答ください。（本様式不要）

※　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「高知県老施協アンガー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。