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４年度 高知県老施協

機能訓練指導員・介護職員・看護職員合同研修会　参加申込書

施設名：

連絡担当者名：　　　　　　　　　　　　　連絡先TEL．

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 | 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ついてご記入ください。 |
| メールアドレス　　　①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　③　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ 上記アドレスに招待URLをお送りいたします。複数参加の場合異なるアドレスのみご記入下さい。（同じアドレス記入不要） |

※ 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）

**お申し込み期限　　令和４年１２月５日（月）**