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　ＬＩＦＥ研修会　参加申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職名 | 氏名 | 備　考 |
|  | (フリガナ) |  |
|  | (フリガナ) |  |
|  | (フリガナ) |  |
|  | (フリガナ) |  |
|  | (フリガナ) |  |

上記のとおり出席します。

令和５年　　月　　日

施 設 名

担 当 者

メールアドレス

〔注〕

※　締切日　令和５年２月１０日（金）

※　連絡事項

メールにて申込の場合は、参加方法及び参加者等の上記内容をご回答ください。

（本様式不要）

※　記入いただいた内容は「高知県老施協LIFE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。