（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５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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　名 | 出席者名 | 現在の現場の勤務年数 | 介護系職種経験年数 |
|  | (フリガナ) |  |  |
|  | (フリガナ) |  |  |
|  | (フリガナ) |  |  |
|  | (フリガナ) |  |  |
|  | (フリガナ) |  |  |

〔注〕

※　締切日　令和５年１０月２０日（金）

※　連絡事項

メールにて申込の場合は、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。