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

【✉　yuka-oda@pippikochi.or.jp】

**令和５年度高知県老人福祉施設協議会**

***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

■ 事業所名：

■ 連絡担当者名： 電 話：　　　　 　 ＦＡＸ：

■ 申込者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | 職　　名 | 備　　考 |
| （ふりがな） |  |  |
|  |
| （ふりがな） |  |  |
|  |
| （ふりがな） |  |  |
|  |
| （ふりがな） |  |  |
|  |
| （ふりがな） |  |  |
|  |

※ 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）

● 申し込み期限　　令和５年１２月５日（火）