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】

２０２４年　介護報酬改定セミナー　参加申込書

施設・事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | セミナー | | 情報交換会 | | |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 | | 出 | 欠 |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 | | 出 | 欠 |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 | | 出 | 欠 |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 | | 出 | 欠 |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 | | 出 | 欠 |

※ 連絡事項

① 情報交換会にご出席の方のみご記入ください。　　　　領収書　（　必要　・　不要）

★領収書が必要な場合は宛先を「上記施設名」にて発行しますが、ご指定あれば下記にご記入ください。

宛先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（指定なければ不要）

② メールにて申込の場合は、上記内容（職名・参加者等）をご回答ください。（本様式不要）

**お申し込み期限　　令和６年２月１６日（金）**