**ＦＡＸ　０８８－８４４－９４４３**

**高知県社会福祉法人経営者協議会・高知県老人福祉施設協議会　事務局　行**

**高知県福祉・介護事業所認証評価制度研修会 参加申込書**

法人名

施設（事業所）名

ＴＥＬ　　　　　　　 　 ＦＡＸ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 職　名 | 　　 | 会員区分＊該当する区分に○をしてください | 備　考 |
| １ |  |  | 高知県経営協高知県老施協 |  |
| ２ |  |  | 高知県経営協高知県老施協 |  |
| ３ |  |  | 高知県経営協高知県老施協 |  |
| ４ |  |  | 高知県経営協高知県老施協 |  |

認証評価制度に関する質問事項等がございましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

* **必要事項をご記入のうえ、令和７年７月15日（火）までにお申し込みください。**