高知県老人福祉施設協議会事務局　行き 【ＦＡＸ　０８８－８４４－９４４３】

ノーリフティングケア実技研修会 参加申込書

施設・事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者名：

ＴＥＬ：

Ｅ-mail：

申込者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　名 | 出席者名 | 研修希望時間 |
|  | (フリガナ) | 午前の部（9:30 ～ 12:30） |
| 午後の部（14:00～17:00） |
|  | (フリガナ) | 午前の部（9:30 ～ 12:30） |
| 午後の部（14:00～17:00） |

※ 連絡事項

① 希望の時間帯に○をご記入ください。

② 定員に限りがありますので、定員になり次第締切ります。

③ 締切後、受講決定をメールにて通知します。

④ その他、事務連絡などありましたら、ご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

**お申し込み期限　　令和７年１０月１５日（水）**