

F A X 送 付 状

(FAX の送付案内状は不要です。この用紙にご記入の上送信して下さい)

熊本県老人保健施設協会 事務局 行

【FAX/0966-26-3680】 (TEL/0966-26-3681)

年 月 日

施 設 名

T E L

F A X

発信者名

令和元年度 熊本県老人保健施設協会 中堅・主任者職員研修会 参加申込書

開催日：令和元年8月5日(月)～6日(火)

会 場：火の国ハイツ

※担当部署の欄は、入所・通所等の所属部署をご記入ください。(グループ分けの参考にします)

ふりがな 氏 名	職 種	担当部署 (兼務は両方〇)	老 健 経験年数	性 別
		入所・通所	年 ヶ月	男・女
		入所・通所	年 ヶ月	男・女
		入所・通所	年 ヶ月	男・女
		入所・通所	年 ヶ月	男・女
		入所・通所	年 ヶ月	男・女
		入所・通所	年 ヶ月	男・女

※ 申し込み締切日：令和元年7月22日(月)

申し込み締切後のキャンセルは7月29日(月)まで受け付けます。