**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 | 職　種 | 担当部署  **（兼務は両方○）** | 老　健 経験年数 | 性 別 |
| 氏　　　名 |
|  |  | 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。