（送り状は不要です。）

ＦＡＸ返信票

高知県老人福祉施設協議会　事務局　あて

✉　yuka-oda@pippikochi.or.jp

FAX　　 088-844-9443

令和６年度　高知県老施協　リスクマネジメント研修会　参加申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　名 | 氏　名 | 出席及び必要な箇所に○をして下さい。 |
|  | (フリガナ) |  | 第1部（10時～） |
|  | 第2部（14時～） |
|  | 弁当（お茶付） |
|  | (フリガナ) |  | 第1部（10時～） |
|  | 第2部（14時～） |
|  | 弁当（お茶付） |
|  | (フリガナ) |  | 第1部（10時～） |
|  | 第2部（14時～） |
|  | 弁当（お茶付） |
|  | (フリガナ) |  | 第1部（10時～） |
|  | 第2部（14時～） |
|  | 弁当（お茶付） |
|  | (フリガナ) |  | 第1部（10時～） |
|  | 第2部（14時～） |
|  | 弁当（お茶付） |

上記のとおり出席します。

令和６年　　月　　日

事業所名

担 当 者

Ｔ Ｅ Ｌ　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ

〔注〕

※　締切日　令和６年７月１６日（火）

※　連絡事項

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

◆研修会場のレストラン利用の場合のみ飲食可能のため、お弁当(お茶付)９００円(税込)にて斡旋いたします。ご希望の方はお申込下さい。（各自持ち込み不可）