高知県老人福祉施設協議会事務局　行き　　　　　　　　　【ＦＡＸ　０８８－８４４－９４４３】

【✉　yuka-oda@pippikochi.or.jp】

令和６年度 高知県老施協

機能訓練指導員・介護職員・看護職員合同研修会　参加申込書

施設名：

連絡担当者名：　　　　　　　　　　　　　連絡先TEL．

受講申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　名 | 出席者名 |
|
|  | (フリガナ) |
|  | (フリガナ) |
|  | (フリガナ) |
|  | (フリガナ) |
|  | (フリガナ) |

※ 連絡事項

メールにて申込の場合は、参加方法及び職名・参加者等ご回答ください。（本様式不要）

**お申し込み期限　　令和６年１１月１日（金）**