高老施協発第　号

高知県老人福祉施設協議会事務局　行き 【✉　yuka-oda@pippikochi.or.jp 】

【 ＦＡＸ　０８８－８４４－９４４３ 】

令和６年度　高知県老人福祉施設協議会ＪＳ次世代委員会

第２回総会　参加申込書

施設・事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者名：

ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

受講申込者　　　※下記について当てはまる箇所にご記入及び○印等をして下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　名 | 出席者名 | 総会 | | 情報交換会 | |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 | 出 | 欠 |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 | 出 | 欠 |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 | 出 | 欠 |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 | 出 | 欠 |
|  | (フリガナ) | 出 | 欠 | 出 | 欠 |

※ 連絡事項

① 情報交換会にご出席の方のみご記入ください。

★領収書不要の場合のみ左記に☑してください。　　　□　領収書は不要です。

★領収書の宛先は「上記施設・事業所名」にて発行しますが、ご指定あれば下記にご記入ください。

宛先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（指定なければ不要）

② メールにて申込の場合は、上記内容（職名・参加者等）をご回答ください。（本様式不要）

③ 事前アンケート（別紙４）のご提出を併せてお願いいたします。

（様式は本会ホームページに掲載します）

**お申し込み期限　　令和７年2月２１日（金）**