

平成 29 年度 栄養・給食部会研修会 参加申込書

【参加申込締切日：10月6日(金)】

施設名	施設番号 ()		
申込責任者	職名：	氏名：	
<p>いずれかを○で示して下さい。</p> <p>1. 下記のとおり () 名参加する</p> <p>2. 参加できない</p>			
参 加 者 名 簿			
役職名	職 名	氏 名	備 考

※ 施設番号は「老健ひょうご第37号」の会員施設支部別表 p13～14 をご参照ください。

－ 申し込み先 －

(一社)兵庫県介護老人保健施設協会事務局 宛
FAX : 078-265-6934