

令和6年度 看・介護部会研修会 参加申込書

【 参加申込締切日：11月28日(木) 14時まで 】

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

※ 施設番号は「老健ひょうご第52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