

令和6年度 栄養・給食部会研修会 参加申込書

【参加申込締切日：11月27日(水) 必着】

施設名	施設番号 ()		
申込責任者	職名：	氏名：	
<p>いずれかを○で示してください。</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