

令和7年度 栄養・給食部会研修会 参加申込書

【 参加申込締切日：9月30日(火) 必着 】

施 設 名	施設番号 ()		
申込責任者	職名：	氏名：	
いずれかを○で示してください。 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	施 設 に 言語聴覚士が
			い る ・ いない
			い る ・ いない
			い る ・ いない

※ 言語聴覚士の有無について、「○印」をご記入ください。

※ 施設番号は、「老健ひょうご第53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