

令和7年度 看・介護部会研修会 参加申込書

【 参加申込締切日：12月5日（金）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54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