

令和8年度 看・介護部(課)長等研修会 参加申込書

【 参加申込締切日：8月19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○で示して下さい</p> <p>1. 下記のとおり () 名参加する / 2. 参加できない</p>				
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55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