

第 24 回全老健近畿ブロック介護老人保健施設大会 in 大阪

参 加 申 込 書

〔 大会参加申込締切日： 9 月 1 8 日（金） 1 6 時必着 〕

施 設 名	施設番号（ ）		
申込責任者	職名： 氏名：		
下記のとおり（ ）名、会場への参加申込みします。			
役 職	職 種	氏 名	備 考