

送信先 介護老人保健施設ビラ・ベッキア FAX0494-22-7006

社団法人 埼玉県介護老人保健施設協会

令和4年度 第1回 北部ブロック研修会参加申込書

開催日:令和4年11月30日(水)

出席・欠席

施設名: _____

電話番号: _____

参加者氏名	職 種	勤続年数	
		年 カ月	協会会員施設 ・ 一般
		年 カ月	協会会員施設 ・ 一般

※ FAXで送付した際、字が不明瞭になる場合がありますので**大きめに記入**してください。

※ 協会会員施設参加者は参加費無料、一般参加者の場合は1,000円別途参加費が必要になります。

研修時に聞きたい事、質問、疑問等ございましたらご記入下さい。

※ 11月9日(水)までにFAXにてお申込み下さい。定員上限に達し次第締め切りとさせていただきます。その場合はこちらからご連絡いたしますのでご了承下さい。

※ なお、今回使用する会場はエアコンが故障しておりますので、暖かい服装やブランケット等を持参して頂く事をお勧めします。