

FAX 0889-20-9266

居宅介護支援事業所 ひまわりの杜 西森 柳子 行

高知県介護支援専門員中央西ブロック研修会 参加申込書

所属(施設・事業所)名 _____

連絡先住所 _____

電話番号 () _____

FAX () _____

連絡担当者名 _____

	ふりがな 氏名	職種	会員区分
1			正会員・非会員
2			正会員・非会員
3			正会員・非会員
4			正会員・非会員
5			正会員・非会員
連絡事項 主任の研修更新のための証明が必要な方は番号を記入してください			

締め切り 平成 年 月 日まで