研修会参加申込書

施設名：

参加者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **氏** | **氏　名** | **職　種** |
| **１** |  |  |
| **２** |  |  |
| **３** |  |  |

※事前に質問等があればご記入お願い致します。

※申し込みに関しての情報は、個人情報保護法に基づき、この研修連絡等以外には使用することはありません。

【返送先】　　〒522-0044

彦根市竹ヶ鼻町80番地　介護老人保健施設　アロフェンテ彦根　　松田　恵

TEL：0749－21－3300

　　　　　　　　　　　 　FAX：0749－21－3301　(送付状不要）