**愛媛県老人福祉施設協議会**

**平成２８年度生活リハビリテーション研修会（第２回養護老人ホーム職員研修会）**

**参　加　申　込　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－ |
| TEL |  | FAX |  |
| Eﾒｰﾙ |  |
| 申込者 | 氏名 | フリガナ | 職種 |  | 年齢 |  |
|  |
| 実務年数 | 　　年　　か月 | 性別 |  |
| 氏名 | フリガナ | 職種 |  | 年齢 |  |
|  |
| 実務年数 | 　　年　　か月 | 性別 |  |
| 氏名 | フリガナ | 職種 |  | 年齢 |  |
|  |
| 実務年数 | 　　年　　か月 | 性別 |  |
| 質問事項等 |  |

※申込期限　平成２８年１１月３０日（水）

※送 信 先　愛媛県老人福祉施設協議会　事務局（担当：森田・篠原）

ＦＡＸ　０８９－９２１－３３９８（※送信紙は不要です。）

本申込書で取得した個人情報については、その取り扱いに十分留意し、研修会の運営以外の目的では使用しません。