

F A X 送 付 状

(FAXの送付案内状は不要)

熊本県老人保健施設協会 事務局 行

【 FAX : 0 9 6 6 - 2 6 - 3 6 8 0 】

令和元年 月 日

施設名称

T E L

F A X

発信者名

令和元年度 管理職員研修会 参加申込書

令和元年 12月3日(火)13:00~17:30 ※受付:12:30~

ホテル熊本テルサ 3階「たい樹」

ふりがな 氏 名	所属施設内 役職名	職 種	経験 年数	担当部署 兼務の方は 両方に○	性別
			年 ヶ月	入所 通所	男 女
			年 ヶ月	入所 通所	男 女
			年 ヶ月	入所 通所	男 女
			年 ヶ月	入所 通所	男 女
			年 ヶ月	入所 通所	男 女

【申込締切日】 令和元年 11月20日 (水)

【キャンセル締切日】 令和元年 11月29日 (金)

一般社団法人熊本県老人保健施設協会

事務局 / 〒868-0041 熊本県人吉市七地町 495 介護老人保健施設 リバーサイド御薬園内

TEL.0966-26-3681 FAX.0966-26-3680 Eメール kmrouken@orange.ocn.ne.jp