**Ｆ Ａ Ｘ 送 付 状**

(FAXの送付案内状は不要です。この用紙にご記入の上送信してください)

**熊本県老人保健施設協会 事務局　行**

**【FAX／０９６－２７３－６１８６】**(TEL/096-273-6185）

|  |
| --- |
| 　　令和6年　　 月　　日 |
| 施 設 名 |
| Ｔ Ｅ Ｌ |
| Ｆ Ａ Ｘ |
| 発信者名 |

|  |
| --- |
| **令和6年度 熊本県老人保健施設協会 中堅・主任者職員研修会　参加申込書** |
| **開催日：令和6年10月30日（水）～31日（木）会　場：熊本県医師会館　６階大会議室** |

※担当部署の欄は、入所・通所等の所属部署をご記入ください。（グループ分けの参考にします）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 職　種 | 担当部署**（兼務は両方○）** | 老　健経験年数 | 日程（※参加するところに〇を付けてください） | 昼食会場使用の有無 |
| 氏　　　名 | １日目　・　懇親会　・　２日目 |
| 　 | 　 | 入所・通所 | 年ヶ月 | 日程（※参加するところに〇を付けてください） | 有 ・無 |
| 　 | １日目　・　懇親会　・　２日目 |
| 　 | 　 | 入所・通所 | 年ヶ月 | 日程（※参加するところに〇を付けてください） | 有 ・無 |
| 　 | １日目　・　懇親会　・　２日目 |
| 　 | 　 | 入所・通所 | 年ヶ月 | 日程（※参加するところに〇を付けてください） | 有 ・無 |
| 　 | １日目　・　懇親会　・　２日目 |

**※ 申し込み締切日 ： 令和6年9月30日（月）**申込み締切後のキャンセルは10月15日（火）まで受け付けます。