熊本県老人保健施設協会 事務局

提出先（e-mail：[kmrouken@khf.biglobe.ne.jp](mailto:kmrouken@khf.biglobe.ne.jp)）

　　　（ＦＡＸ：０９６-２７３－６１８６）

|  |
| --- |
| 令 和 7 年　　　　月　　　　日 |
| 施設名 |
| ＴＥＬ |
| 発信者名 |

|  |
| --- |
| **令和７年度　新人職員研修会　参加申込書** |
| 開催日：9月30日（火）　　　　　会場 ： 熊本県医師会館 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 職　　種 | 担当部署  (兼務は両方○) | 経験年数  （同法人内あれば） | 昼食会場  利用 |
| 氏　　　名 |
|  |  | 入所 ・ 通所 | 年　　　　ヶ月  （　約　　　年 ） | する ・ しない |
|  |
|  |  | 入所 ・ 通所 | 年　　　　ヶ月  （　約　　　年 ） | する ・ しない |
|  |
|  |  | 入所 ・ 通所 | 年　　　　ヶ月  （　約　　　年 ） | する ・ しない |
|  |
|  |  | 入所 ・ 通所 | 年　　　　ヶ月  （　約　　　年 ） | する ・ しない |
|  |
|  |  | 入所 ・ 通所 | 年　　　　ヶ月  （　約　　　年 ） | する ・ しない |
|  |
|  |  | 入所 ・ 通所 | 年　　　　ヶ月  （　約　　　年 ） | する ・ しない |
|  |

**※申込み締め切り日：9月10日（水）**