

第 回 医療・介護関連施設職員研修会 申込書

年 月 日 ( ) 開催

「 」

お申込日 ( 月 日)

施設名				
住所	(〒 - )			
	TEL	( ) -	FAX	( ) -
参加者			職種	
フリガナ				<input type="checkbox"/> 介護支援専門員
氏名				<input type="checkbox"/> 介護福祉士
				<input type="checkbox"/> 看護師
			<input type="checkbox"/> その他 ( )	

※ひと施設おひとりのご参加をお願いいたします。

質問・疑問等があればご記入ください

質問内容	
------	--

※当日お車でお越しの方は、無料処理をいたしますので駐車券を会場までご持参ください。

※申し込み多数の場合はお断りさせていただくことがあります。その場合はご連絡させていただきます。

〔個人情報について〕・・・ご記入いただきました個人情報の取り扱いについては、個人情報保護方針に則り厳重に管理いたします。

【お問い合わせ・お申し込み先】

高松市立みんなの病院 地域医療・患者支援センター

医療・介護関連施設職員研修会 担当/宇津 谷野 陶山

TEL 087-813-7171 (代) FAX 087-813-7699 (直通)