｢施設ケアマネ･支援相談員｣研修会

**参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| (施　設　名) |  |
| (施設)住 所 |  |
| (施設)TEL |  |
| (施設)FAX |  |
| 申込責任者 |  |

平成26年9月30日（火）開催の｢施設ケアマネ･支援相談員｣研修会に

参加申込をします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | 職　種 | （兼務職種） | 経験年数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　参加申込書は、9月19日(金)までにメールまたはFAXいただければ幸いです。

公益社団法人群馬県老人保健施設協会　事務局

TEL 027-233-0350　FAX 027-233-0599

E-mail gunmakenrouken@sunny.ocn.ne.jp