**看護･介護職員研修会（管理職･中堅職対象）**

**受 講 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| (施 設 名) |  |
| (施 設)住 所 |  |
| (施 設) TEL |  |
| (施 設) FAX |  |
| 申込み責任者 |  |

平成29年9月27日（水）13:30～

看護･介護職員研修会の受講を希望します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望者氏名 | 職　種 | 経験年数 |
|  |  |  |
|  |  |  |

□　研修に関する質問

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※9月22日（金）までにメールまたはFAXいただければ幸です。

群馬県老人保健施設協会　事務局

TEL027-233-0350 FAX 027-233-0599

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